

Psychopathologie

Psychopathologie du travail

Christophe Dejours, Isabelle Gernet

Collection **Les âges de la vie**



Chez le même éditeur

Dans la même collection

Psychopathologie de la scolarité, par N. Catheline. 2012, 3^e édition, 432 pages.

Psychopathologie en service de pédiatrie, par P. Duverger. 2011, 656 pages.

L'attachement : approche théorique, par N. et A. Guédeney. 2010, 3^e édition, 256 pages.

L'attachement : approche clinique, par N. et A. Guédeney. 2010, 256 pages.

Le geste suicidaire, par V. Caillard, F. Chastang. 2010, 376 pages.

Psychopathologie de l'adulte, par Q. Debray, B. Granger, F. Azaïs. 2010, 4^e édition, 488 pages.

La consultation avec l'enfant, par P. Delion. 2010, 280 pages.

Enfance et psychopathologie, par D. Marcelli et D. Cohen. 2009, 8^e édition, 736 pages.

Psychopathologie transculturelle, par T. Baubet, M. R. Moro, 2009, 312 pages.

Adolescence et psychopathologie, par D. Marcelli, A. Braconnier. 2008, 7^e édition, 720 pages.

Psychopathologie du sujet âgé, par G. Ferrey, G. Le Gouès. 2008, 6^e édition, 384 pages.

L'autisme et les troubles du développement psychologique, par P. Lenoir. 2007, 2^e édition, 264 pages.

Dans la collection Pratiques en psychothérapie - Santé psy et travail

Stress et risques psychosociaux au travail, par B. Lefebvre, M. Poirot. 2011, 144 pages.

Psychanalyse du lien au travail, par R. Guinchard. 2011, 216 pages.

Bases psychologiques du coaching professionnel, par P. Barreau. 2011, 128 pages.

Collection Les âges de la vie

Dirigée par Pr D. Marcelli

Psychopathologie du travail

www.facebook.com/Psyebook

Christophe Dejours

Psychiatre, psychanalyste,
Professeur au CNAM

Isabelle Gernet

Psychologue clinicienne,
Maître de conférences,
Paris-Descartes



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

www.facebook.com/Psybook

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-294-71253-1

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Avant-propos

www.facebook.com/Psybook

Les troubles psychopathologiques liés au travail sont devenus un enjeu social et politique, comme en témoigne la succession de commissions et de rapports établis depuis quelques années, en vue d'élaborer des démarches de prévention (Commission « Violence, travail, emploi, santé » du plan Violence et Santé, 2005 ; Rapport Nasse-Légeron, 2008 ; Commission de réflexion sur la souffrance au travail, UMP et Nouveau Centre, 2009 ; Rapport du Sénat sur le « Mal-être au travail », 2010 ; Rapport Gollac et Bodier, 2011). Les spécialistes chargés des questions de sécurité au travail, ainsi que les économistes mettent l'accent sur le coût généré par les problèmes de santé physique et mentale pour les entreprises et les États (J.M. Stellman, 2000). La demande sociale et les débats dans l'espace public, souvent formulés en termes de « risques psychosociaux » et de « stress » au travail, interrogent fortement les rapports entre souffrance psychique et travail. Les cliniciens intervenant dans le champ de la psychopathologie, sont quant à eux, de plus en plus souvent confrontés à des patients présentant des troubles psychopathologiques pour lesquels l'anamnèse met en évidence les impasses du rapport subjectif au travail. Dans le contexte de l'élaboration d'une démarche thérapeutique, le clinicien doit être en mesure de mobiliser, parallèlement à ses connaissances sur le fonctionnement psychique, une théorie du travail, afin d'apprécier l'épreuve que constitue le travail pour la subjectivité, ce qui est plus inhabituel.

Cet ouvrage propose une présentation des fondements théoriques permettant de rendre compte de l'intelligibilité et de la signification des conduites humaines en situation de travail. Le travail occupe en effet une place décisive dans les processus impliqués dans la construction de la santé mentale, comme dans le déclenchement des troubles psychopathologiques. La psychopathologie du travail, dont l'expression a été proposée pour la première fois par P. Sivadon en 1952, peut être définie comme l'analyse psychodynamique des processus intrapsychiques et intersubjectifs mobilisés par la rencontre avec le travail. L'expression « psychopathologie du travail » évoque habituellement un ensemble de connaissances théoriques portant sur les répercussions pathogènes du travail sur la santé mentale. Mais les investigations cliniques, développées à la suite des premiers travaux en psychopathologie du travail dans les années 1950-1960, ont mis en évidence que l'analyse des rapports entre santé mentale et travail passe en réalité par l'élucidation des processus psychiques normaux mobilisés dans le travail. Le fonctionnement psychique et la vie affective sont inévitablement déstabilisés par la confrontation à la réalité du champ social, au sein de laquelle le rapport au travail tient une place centrale. Le travail se présente comme un médiateur irremplaçable entre inconscient et champ social, parce qu'il donne l'occasion au sujet de subvertir les déterminismes qui pèsent sur son identité. Cependant, dans de nombreuses situations, il arrive que la

maîtrise par le sujet des conflits insolubles auxquels il est confronté se solde par un échec. La crise qui se déploie dans le registre de l'identité se manifeste alors sous la forme de symptômes psychopathologiques et/ou somatiques.

L'investigation clinique du rapport subjectif au travail, qui vise à rendre compte du conflit entre l'organisation du travail et le fonctionnement psychique, repose sur la thèse de la centralité du travail dans la construction de l'identité singulière. Mais qu'entend-on par « centralité du travail » ? Quelle place tient-elle par rapport à la thèse de la centralité de la sexualité, défendue par la psychanalyse, dans la constitution de l'identité ? Quels sont les processus psychiques en cause dans l'apparition de décompensations psychopathologiques en situation de travail ?

La *première partie* aborde les fondements historiques et conceptuels du rapport subjectif au travail, en vue de comprendre à quelles conditions et selon quelles modalités le fonctionnement psychique peut être mobilisé dans le travail. La résistance à la souffrance engendrée par les contraintes du travail engage toute la personnalité à partir du déploiement de défenses qui ont des incidences majeures sur l'ensemble de l'économie psychique, somatique et familiale du sujet. La normalité résulte dès lors de stratégies défensives élaborées pour résister à ce qui s'avère déstabilisant dans le vécu du travail. Cependant, la mobilisation subjective dans le travail ne peut être analysée dans son intégralité par référence à la dynamique intrapsychique, mais elle dépend également de processus intersubjectifs, du fait de l'inscription du sujet dans les rapports sociaux de travail.

Dans la *deuxième partie* sont abordées les principales entités psychopathologiques liées au travail. L'analyse étiologique vise à rendre compte de la manière dont l'épreuve du travail peut s'avérer pathogène et donc menacer la santé mentale, à partir de l'élucidation du destin des processus intrapsychiques et intersubjectifs engagés dans le rapport au travail.

La *dernière partie* expose les modalités d'intervention et les dispositifs institutionnels de prise en charge des troubles psychopathologiques liés au travail. Étant donné les enjeux individuels, mais aussi sociaux et politiques des situations en psychopathologie du travail, les actions de prise en charge des décompensations mobilisent un ensemble d'acteurs dont les principaux sont présentés (juristes, médecins du travail, psychologues, inspecteurs du travail, etc.).



Psychopathologie et psychodynamique du travail : approche conceptuelle

Traditionnellement, la clinique médicale aborde les liens entre pathologie et travail sous l'angle de la santé physique, en identifiant des pathologies professionnelles (tableaux des maladies professionnelles) déclenchées par des facteurs pathogènes issus de l'environnement de travail. L'analyse des rapports entre travail et santé mentale, qui occupe le devant de la scène dans la période contemporaine, trouve quant à elle sa source dans la psychiatrie et la psychanalyse (et non dans la psychologie clinique ou la psychologie du travail).

1 Les psychiatres et le travail

Émergence de la psychopathologie du travail

Les préoccupations des psychiatres sur le rôle du travail dans la genèse des troubles mentaux s'inscrivent, en France, dans les pratiques psychiatriques d'après-guerre, marquées notamment par la réintégration sociale des invalides et des mutilés de guerre. Parallèlement à ces réflexions concernant la prise en charge des malades qui aboutissent à l'émergence de pratiques innovantes comme la création des ateliers protégés ou de l'ergothérapie, une attention particulière va être portée à la fonction du travail pour la santé mentale. La mise en place de thérapeutiques actives au sein de l'hôpital suscite alors des interrogations sur le rôle que peut tenir le travail dans la réadaptation à la vie sociale et professionnelle. Dans le même temps, ces psychiatres cherchent à identifier les signes précurseurs des *effets pathogènes du travail*, dans le souci de sensibiliser les collectivités professionnelles à la prévention des troubles psycho-affectifs engendrés par le travail. En effet, le développement des méthodes du taylorisme et du fordisme en France, qui se caractérise par un processus de rationalisation du travail à travers l'organisation scientifique du travail, s'accompagne d'un désintérêt pour la personne du travailleur et de ce qu'il apporte spécifiquement à la qualité du travail (I. Billiard, 2000).

Le pouvoir pathogène du travail est envisagé dans le contexte plus général des discussions portant sur la genèse des maladies mentales, dont le Colloque de Bonneval, en 1946 (H. Ey, 1946), représente une étape importante. Les débats concernant la genèse des maladies mentales conduisent en effet à des positions contrastées sur le rôle du travail et des relations sociales dans l'étiologie de la folie. Alors que H. Ey défend sa théorie de l'organodynamisme basée sur le déterminisme individuel de la maladie, consécutive à la dissolution de la conscience résultant de la désorganisation organique des fonctions psychiques (organogenèse), J. Lacan lui oppose la thèse de la causalité psychique et de la primauté du désir, en référence à la psychanalyse dans l'apparition d'une décompensation (psychogenèse). La thèse de la sociogenèse des maladies mentales sera quant à elle soutenue par S. Follin et L. Bonnafe, ce qui les conduit à insister sur les événements, sur l'enchaînement des situations vécues, ainsi que sur les caractéristiques des relations sociales. J. Rouart, s'appuyant sur les travaux sociologiques d'E. Durkheim, va chercher à défendre une position intermédiaire entre psychogenèse et sociogenèse de la maladie mentale : les aspects réactionnels des symptômes et leur forme pourraient être façonnés par un certain nombre de facteurs sociaux.

Ces débats vont contribuer à dégager progressivement le rôle du milieu social, appréhendé également à travers la réflexion de certains psychiatres

sur la *condition sociale*, comme susceptible de favoriser le déclenchement de symptômes psychopathologiques chez des individus présentant un « terrain » ou des prédispositions psychologiques particulières.

Les fondateurs de la psychopathologie du travail dans les années 1950 sont alors divisés entre la conception organodynamique et la conception sociogénétique des troubles mentaux, en vue de répondre à la question suivante : le travail peut-il rendre fou ? La tradition médicale concernant le rôle du travail dans la pathologie, relayée par l'institutionnalisation de la médecine du travail en 1946, favorise pendant ce temps une conception dichotomique de la santé (santé mentale/santé physique).

La dimension thérapeutique du travail

À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, des dispositifs favorisant la resocialisation et la réadaptation à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique vont être mis en place progressivement ouvrant la voie à des thérapeutiques par le travail, dont F. Tosquelles est une des figures les plus influentes. Alors que ses contemporains s'interrogent sur l'adaptation au travail et ses effets aliénants (*cf. infra*), il défend la thèse selon laquelle le travail, lorsqu'il s'inscrit dans un sens intégré au fonctionnement de l'institution, fait de cette dernière un outil thérapeutique qui va permettre de transformer les rapports entre soignants et soignés. Les ateliers thérapeutiques vont être au cœur de ce dispositif soignant en accordant à l'activité une place centrale du point de vue relationnel, institutionnel et psychique. L'accent est alors porté non pas sur l'« occupation » des patients à travers les activités variées, mais sur le processus d'« humanisation » porté par l'organisation sociale et les échanges rendus possibles par l'exercice du travail et du langage au sein de l'institution. Tosquelles postule en effet que le travail recèle les mécanismes propres à « l'élaboration de l'homme par lui-même ». L'engagement dans le processus de guérison porté par la fonction soignante n'est pas dévolu exclusivement aux soignants (médecins, infirmiers). Le malade devient soignant de lui-même de par « l'effort et la peine qu'il prend dans le travail » (F. Tosquelles, 1967). Le travail thérapeutique insiste sur la prise de conscience des relations interpersonnelles et des rapports sociaux suscités par le travail. Ce n'est pas la disparition du symptôme qui est visée en première intention, mais bien le projet de « faire travailler les malades et les personnels soignants, pour soigner l'institution ». Le rôle majeur accordé à l'activité qui s'enracine dans le sujet et se déploie dans le monde social révèle les deux pôles autour desquels la dynamique de travail se développe : entre *subjectivité* et *société*. Les conflits qui surgissent de la rencontre avec l'activité de travail peuvent trouver des formes d'expression socialisées, dans la mesure où, pour Tosquelles, le travail exige en particulier une mobilisation spécifique de l'agressivité (des patients comme des soignants), ce qui entraîne des effets sur le rapport du malade à son propre corps. De la confrontation avec ce rôle structurant du travail peuvent ainsi être

attendues des « retrouvailles » avec le corps, dont le vécu est particulièrement désorganisé par l'expérience de la psychose.

De la problématique de l'adaptation sociale à la thèse de l'aliénation sociale

Les rapports entre santé mentale et travail vont être traités d'une manière tout à fait spécifique par les psychiatres qui travaillent au sein de la Ligue française d'hygiène mentale, créée par Paul Sivadon en 1951. L'objectif de la Ligue française d'hygiène mentale est la prévention des troubles mentaux et la définition des conditions de milieu de travail qui soient en mesure de soutenir l'insertion et la réinsertion des malades mentaux. La pratique de P. Sivadon comme sa conception de la psychopathologie du travail s'appuient sur une conception de l'*adaptation* rendue possible par l'intermédiaire du travail. Le principe de la thérapeutique psychiatrique est la « restauration aussi complète que possible de la valeur sociale du malade » (P. Sivadon, 1951) dans la mesure où la maladie mentale constitue une altération de la personne à son monde. Une adaptation sociale maintenue, ou retrouvée, apparaît comme une dimension centrale de la guérison du malade, où le travail représente le médiateur privilégié de cette *adaptation au monde*. Il s'agit alors, du point de vue des soignants, d'identifier un milieu de travail et des types d'activité qui permettent l'exercice des aptitudes intellectuelles et sensori-motrices des malades, même si celles-ci sont altérées par le processus morbide. Parallèlement à ces élaborations concernant les fonctions et le cadre de la thérapeutique par le travail, P. Sivadon va s'interroger sur l'existence de troubles mentaux induits de manière spécifique par le travail. Parmi les facteurs pathogènes du travail, Sivadon repère notamment une durée de travail élevée (supérieure à 75 heures par semaine), un travail considéré comme ennuyeux, un travail exigeant au contraire une attention soutenue et constante, un travail laissant peu de place à l'initiative et à la responsabilité technique personnelle, un travail sédentaire insuffisamment varié (J. Torrente, 2004). Ceci le conduira à s'engager dans la création de structures institutionnelles dévolues à la prise en charge des pathologies mentales liées au travail (consultations thérapeutiques au sein de l'association l'Élan retrouvé) et à privilégier une perspective de prévention des troubles mentaux au travail en réunissant des groupes de réflexion pluridisciplinaires travaillant sur les conséquences des conditions de travail. Cependant, dans sa conception du travail thérapeutique comme dans ses élaborations portant sur le travail pathogène, la matérialité du travail n'est finalement pas interrogée (I. Billiard, 2002). En d'autres termes, le travail reste identifié comme un médiateur de la relation établie entre le sujet et le monde, sans que les modalités d'engagement de la personnalité dans les activités réalisées ne soient véritablement prises en compte.

C'est avec Claude Veil (C. Veil, 1957), proche de Sivadon, que sera abordée la question de la signification du travail pour le sujet dans l'analyse des relations entre conditions objectives de travail, expérience subjective et

manifestations psychopathologiques. Les discussions concernant l'étiologie des manifestations psychopathologiques vont dès lors, pour une bonne part, s'organiser autour de l'entité clinique représentée par la fatigue, interprétée comme le signe principal de la « désadaptation » au travail. Malgré la diversité des activités professionnelles étudiées, les descriptions cliniques sont convergentes : « surmenage intellectuel », « syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse », « état d'épuisement » sont autant d'intitulés qui visent à rendre compte de l'action de l'excès de travail sur le système nerveux central, aboutissant à une asthénie physique et psychique, des troubles de la régulation du sommeil, ainsi qu'à des perturbations de la vie familiale et sociale. Pour autant, la fatigue recèle des aspects paradoxaux qui remettent en question les approches physiologiques en termes de sensation pénible causée par l'effort :

- le repos ne permet pas toujours de faire céder l'état de fatigue, certains sujets sont même conduits à accroître l'état de fatigue en vue de favoriser le repos ;
- l'inactivité conduit à des états d'épuisement et de fatigue.

Fatigue nerveuse et fatigue chronique rebelle au repos posent donc un problème étiologique aux professionnels de santé dans le contexte des nouvelles formes de rationalisation du travail, où l'effort physique est pourtant réduit par l'introduction des machines et la division des tâches.

La « *charge psychique* » de travail va être progressivement distinguée de la charge physique, appréciée à partir de mesures et de quantification des conditions et de l'environnement de travail sur l'organisme d'une part, et de la charge mentale dégagée par les travaux en ergonomie (J.C. Spérandio, 1984) qui concerne les dimensions cognitives et psychosensorielles engagées dans l'exécution d'une tâche d'autre part. Ce n'est plus seulement l'étiologie physiologique de la fatigue référée à la sollicitation prolongée des organes qui est envisagée, mais le problème psychique posé par le rapport du sujet à une tâche favorisant la répression ou l'inhibition de l'activité psychique spontanée. Ces premières descriptions annoncent les développements ultérieurs autour de la notion de stress et le retour de la fatigue sous l'appellation contemporaine de l'épuisement professionnel ou *burn out*.

Névrose expérimentale et travail

À la suite de Bonnafé et Follin, d'autres psychiatres comme J. Bégoïn et L. Le Guillant vont s'intéresser, quant à eux, aux conséquences pathogènes du travail sur les individus à partir de la référence aux processus psychophysiologiques qui sous-tendent les troubles mentaux retrouvés dans certaines catégories professionnelles. Leurs recherches visent à identifier des *syndromes spécifiques aux contraintes de travail*.

La principale étude que L. Le Guillant réalise avec J. Bégoïn se déroule à la Poste dans les années 1950 et porte sur le travail des téléphonistes, ce qui les conduit à dégager un syndrome spécifique en lien avec les conditions matérielles et psychologiques du travail : la « *névrose des téléphonistes et des mécanographes* ». Au sein de cette population de femmes jeunes, les congés

de longue durée pour « fatigue nerveuse » sont fréquents et posent des problèmes pratiques aux employeurs, comme aux médecins qui sont amenés à formuler des hypothèses diagnostiques sur les troubles nerveux présentés par ces professionnelles. Leur travail consiste à mettre en relation les abonnés avec le moins d'attente possible, sans aucune gestion possible sur le flux des appels : dès qu'une ligne est libre, un nouvel appel arrive et est annoncé par une sonnerie dans le casque. Elles doivent alors répondre selon une formule standard : « Allo-bonjour-Paris-718-j'écoute... ». Leur activité est soumise au contrôle strict des surveillantes et se traduit par une vigilance et une concentration soutenues tout au long de la journée de travail. La plainte générale des téléphonistes se centre autour de leur impression de « devenir folles » et au cours de l'investigation clinique sont retrouvés :

- des troubles du sommeil (hypersomnie diurne et insomnie nocturne) ;
- des troubles somatiques (céphalées, vertiges, tremblements, nausées, troubles digestifs, troubles des règles) ;
- des troubles cognitifs (troubles de la mémoire et de l'attention, oublis d'objets personnels, désorientation spatio-temporelle, difficultés à suivre une conversation, lecture difficile) ;
- des troubles de l'humeur et du caractère (indifférence, irritabilité, sentiment d'abattement profond une fois sorties du travail, ne supportent pas qu'on leur adresse la parole, « crises de nerfs », hypersensibilité au bruit, humeurs tristes, idées suicidaires, labilité importante).

Toute leur vie et tous leurs investissements psychiques sont centrés sur le travail, au détriment des activités hors travail, ce qui se traduit par une vie sociale très réduite. Les jours de repos ne sont pas suffisants pour faire céder l'état d'épuisement ce qui témoigne du coût psychique engendré pour faire face aux contraintes du travail.

L'analyse, par L. Le Guillant et J. Bégoïn, des troubles présentés par les téléphonistes et notamment le « syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse », se réfère au modèle de la névrose expérimentale de Pavlov. Les travaux à cadence très rapide entraîneraient des modifications de l'activité nerveuse supérieure se traduisant par le phénomène clinique général du surmenage (L. Le Guillant, J. Bégoïn, 1957). L'apport principal de Le Guillant et Bégoïn à l'analyse des manifestations psychopathologiques présentées par les téléphonistes réside dans le fait que ce sont bien les *conditions concrètes du travail* qui sont le noyau central autour duquel s'organise la symptomatologie clinique variée rendant compte du « rapport dialectique » établi entre facteurs psychologiques et fatigue nerveuse. De manière plus générale, dans la perspective défendue par L. Le Guillant, la psychopathologie du travail trouve son inscription dans une psychopathologie sociale où l'aliénation mentale entretient des rapports étroits avec l'aliénation sociale résultant des déterminismes sociaux, ce dont témoigne son étude célèbre sur les « bonnes à tout faire » (L. Le Guillant, 1963). À partir de son expérience clinique dans un hôpital de femmes, dans lequel il constate que les bonnes sont sur-représentées parmi les patientes, et de l'analyse de l'« affaire des sœurs Papin », il va interroger le pouvoir pathogène de

la « condition domestique ». Son analyse de la condition – définie comme une « situation dominante » dont il est impossible de se soustraire – permet de dégager des hypothèses sur les processus psychiques mobilisés dans les situations de servitude et de domination.

Ces analyses qui sont des références classiques en psychopathologie du travail sont convoquées par plusieurs auteurs contemporains en vue d'investiguer les processus psychopathologiques en jeu chez les employés dans le secteur des services, qui représentent environ 70 % des employés en France (P. Molinier, 2005 ; J.C. Coffin, 2005). Le travail de service se caractérise par un contact temporaire, voire parfois par l'établissement d'une relation plus durable entre le prestataire et le client (usager, patient), ce qui mobilise d'une façon spécifique la subjectivité et l'affectivité dans l'activité de travail. Cette mobilisation subjective ouvre la voie à l'expression de configurations psychopathologiques particulières qui seraient autant de manifestations des modes d'investissement affectif dans le travail et de leurs destins (inhibition, agressivité, séduction, érotisation, haine, etc.).

Ces premières études en psychopathologie du travail ont permis de mettre en visibilité certaines dimensions du drame vécu du travail. Elles ont en particulier contribué à révéler la spécificité des situations ordinaires du *travail de service* qui font l'objet aujourd'hui de recherches importantes. Ces études ont donc une valeur historique mais aussi une valeur clinique du fait de leur actualité. Cependant, malgré la finesse des observations, les travaux en psychopathologie du travail ne parviendront pas à établir un lien causal entre une situation sociale et des conditions de travail revêtant un caractère aliénant d'une part, et une atteinte psychopathologique spécifique d'autre part (en particulier l'existence de « psychose » ou de « névrose » de travail). En effet pour une même situation de travail, les décompensations psychiatriques prennent des formes qui diffèrent en fonction de la structure psychique et de l'histoire du sujet.

Il apparaît que l'échec de cette première psychopathologie du travail tient pour partie à l'absence de prise en compte de la subjectivité et de l'apport de la psychanalyse. Une autre tentative sera donc envisagée à la fin des années 1960 par J.J. Moscovitz auprès des agents de conduite du chemin de fer. Les agents de conduite se plaignent de l'introduction d'un nouveau système de contrôle, la VACMA (veille automatique à contrôle de maintien d'appui), qui leur impose l'obligation de relâcher une pédale toutes les 55 secondes, pour surveiller leur vigilance, et s'accompagne de la disparition du deuxième agent de conduite. Moscovitz comprend l'angoisse et la fatigue nerveuse générées par le nouveau système de contrôle en se référant à l'inconscient freudien. Le travail est identifié comme une scène de l'investissement libidinal, propice au déploiement pulsionnel et à la réactivation des conflits psychiques. En situation de travail, de l'angoisse serait suscitée par la solitude et l'automatisation du contrôle. Cette étude fera date mais ne trouvera pas de prolongement, ni sur le plan pratique, ni sur le plan théorique.

À partir des années 1980, la place accordée à la tradition clinique, qui caractérise une démarche fondée sur des investigations de terrain, va se

retrouver mise en tension avec les travaux issus de la psychologie du travail traditionnelle, les recherches sur le « facteur humain » portées par les sciences de l'ingénieur, ainsi que celles portant sur les ressources humaines véhiculées notamment par les sciences de la gestion. Psychologie clinique et psychopathologie du travail d'une part, sciences de l'ingénieur et sciences de la gestion d'autre part, bien qu'elles s'intéressent aux rapports entre l'homme et le travail, défendent deux types d'orientation conceptuelle et pratique qui sont contradictoires. Les premières se caractérisent par un modèle de l'homme fondé sur l'analyse du rapport subjectif établi avec la situation de travail, non réductible à des comportements, les secondes privilégient une analyse des comportements et leur décomposition en unités élémentaires à étudier et sur lesquelles agir séparément.

www.facebook.com/Psyebook

2 Le travail entre souffrance et plaisir

Stress ou souffrance ?

Si dans le vocabulaire courant il est fréquent d'employer indifféremment les termes de « stress », « mal-être », ou « souffrance », pour le clinicien, le choix de la terminologie conceptuelle ne peut être anecdotique. En d'autres termes, bien que « stress » et « souffrance » soient souvent utilisés comme des synonymes, il convient de les distinguer parce qu'ils ont des incidences majeures sur l'identification de l'origine des troubles observés, mais également sur les conceptions de l'action, de la prévention et des choix en termes de politiques de santé au travail. Des analyses sociologiques mettent par ailleurs en évidence que les catégories du « stress », ou auparavant de la « fatigue », relèvent pour une part de dimensions socialement construites (M. Lorient, 2002 ; M. Lorient, J.M. Weller, 2005).

Dans les organismes internationaux comme le Bureau international du travail (BIT) ou l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la problématique des rapports entre santé mentale et travail est le plus souvent abordée en référence au *stress psychosocial*. Le stress est identifié comme le résultat d'un déséquilibre entre les capacités de réponse efficaces fournies par un individu face à des situations provenant de l'environnement (affectif et professionnel). Il s'agit donc principalement pour l'individu de s'adapter aux exigences du monde du travail en élaborant, si nécessaire, des stratégies d'adaptation en vue de « faire face » aux situations problématiques (cf. les stratégies de *coping* décrites par Cohen et Lazarus, 1979). Les modèles du stress aboutissent à des interventions centrées sur la recherche de facteurs prédictifs du stress et de facteurs de protection de la santé au travail du point de vue de l'organisation.

Le questionnaire de Karasek, issu du modèle de Karasek et Theorell (1990), est le principal instrument d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail (I. Niedhammer, 2007). Ce modèle insiste sur les effets de deux dimensions du travail :

- l'*autonomie* (faible ou forte) permettant d'agir sur la décision ;
- les *exigences* (faibles ou fortes) qui correspondent aux contraintes de temps et à l'activité (R. Karasek, T. Theorell, 1990).

Dans la même perspective, le *job strain* désigne le déséquilibre entre l'exigence psychologique du poste et la marge de manœuvre dont dispose l'individu pour faire son travail, comme dans le cas des téléopérateurs par exemple qui doivent faire face à un grand nombre d'appels alors que leurs marges d'initiative sont faibles (scripts extrêmement codifiés, écoutes

et contrôles des appels par les superviseurs). Les situations de travail sont analysées au regard de la manière dont le sujet parvient ou non à réguler les tensions générées entre niveau d'exigences et degré d'autonomie, ce qui aboutit à une conception centrée sur le comportement et la « gestion » individuelle du stress généré par les situations de travail. L'identification de la relation de cause à effet entre les contraintes et leurs effets sur la santé suppose d'avoir des idées préconçues sur les causes possibles du stress (contraintes de temps et de cadence, intensité du travail, autonomie, durée du travail, environnement physique du poste, etc.) en vue de mesurer leurs conséquences sur la santé des travailleurs. Cependant, les processus psychiques en cause dans le déclenchement des manifestations psychopathologiques ne bénéficient pas d'une analyse spécifique. Les discussions sont essentiellement centrées sur une approche descriptive des relations entre les comportements et les perturbations des régulations physiologiques.

Apport de la clinique du travail à la définition de la souffrance

Le retour sur les problèmes posés par la clinique du travail permet de situer la « souffrance » comme un *concept critique* pertinent, fondé sur des références théoriques adossées à la psychopathologie générale, la psychanalyse et la psychosomatique. Si la souffrance psychique – en tant qu'elle désigne un éprouvé singulier témoin de la vie psychique – peut faire l'objet d'un consensus parmi les cliniciens, elle suscite néanmoins des discussions dans le champ des sciences humaines, notamment en raison du risque de « psychologisation » des phénomènes sociaux qu'elle serait susceptible de véhiculer (A. Ehrenberg, 2010 ; O. Douville, 2004). Bien qu'il soit toujours possible de se limiter au traitement compassionnel de la souffrance, on sait que du point de vue clinique, celui-ci est insuffisant. La souffrance, en tant que vécu subjectif, renvoie toujours à une expérience singulière liée à des situations et des pratiques de travail spécifiques.

Dans le champ de la psychopathologie du travail, l'identification et l'analyse des manifestations spécifiques de la souffrance liée au travail ont évolué depuis les travaux des premiers psychiatres s'intéressant au travail.

La *première étape* a consisté à identifier ce qui, dans les situations de travail, serait spécifiquement dangereux pour le fonctionnement psychique des sujets, conduisant à distinguer, dans l'analyse, conditions de travail et organisation du travail.

Les conditions de travail, qui sont classiquement analysées par l'ergonomie, désignent :

- les contraintes physiques du poste de travail (bruits, vibrations, température, rayonnements, contraintes de postures...) ;
- les conditions chimiques (poussières, vapeurs, fumées...) ;
- les conditions biologiques (virus, bactéries, champignons...).

Ces contraintes ont des répercussions sur le corps et sont à l'origine d'atteintes organiques et de dommages corporels spécifiques sous la forme

de pathologies professionnelles (intoxications, cancers dus à l'exposition à l'amiante ou d'autres agents toxiques comme les pesticides par exemple, troubles neurologiques ou articulaires, etc.).

L'organisation du travail se caractérise par trois dimensions :

- la division des tâches et le contenu du travail ;
- la prescription des gestes et des postures, qui aboutit au mode opératoire ;
- la division des hommes à travers la hiérarchie, les modes de communication et les rapports de subordination qui organisent les relations entre les travailleurs.

Aux divisions technique et sociale du travail, il faut ajouter les divisions sexuelle et morale du travail. La division sexuelle du travail introduit dans l'analyse des rapports sociaux de travail la comparaison hommes-femmes (H. Hirata, 1995) et la division morale ou dignitaire du travail résulte quant à elle de la distinction entre des professions prestigieuses et socialement valorisées et d'autres méconnues ou dévaluées. Tout discours sur le travail réalisé comporte une rhétorique de la valorisation de soi et de la distinction avec les métiers voisins, aboutissant à l'occultation et à la délégation de tâches socialement dévalorisées, ce que le sociologue E. Hughes a désigné par l'expression du « sale boulot » (E.C. Hughes, 1951).

Évolution des formes d'organisation du travail

Le monde du travail a été structuré par différentes formes d'organisation du travail dont les modèles principaux sont les suivants.

Le travail taylorisé

Cette méthode, mise au point par F.W. Taylor repose sur une organisation scientifique du travail (OST) déterminant le meilleur rendement possible et trouve son essor en France dans la période de l'entre-deux-guerres. La rationalisation méthodique du travail repose sur une division horizontale (le processus de production d'un bien est décomposé en une suite de tâches simples effectuées par les ouvriers) et une division verticale (séparation entre les tâches de conception par les ingénieurs et les tâches d'exécution par les ouvriers). La mise en scène par Charlie Chaplin dans *Les Temps Modernes* a contribué à dénoncer l'aliénation des individus soumis aux contraintes de l'OST.

Le post-taylorisme a consisté à accroître les formes de participation des ouvriers au processus de production (rotation des postes, enrichissement et élargissement des tâches, groupes semi-autonomes et cercles qualité organisés par les travailleurs eux-mêmes), en vue de pallier les effets de démotivation générés par le système taylorien.

Le fordisme

Ce mode d'organisation du travail, inventé par H. Ford en 1908, reprend les principes du taylorisme (division horizontale et verticale) pour les développer dans le contexte de la chaîne de montage, ce qui aboutit à la création du travail à la chaîne.



Le système japonais

Au début des années 1970, alors que les pays industrialisés subissent la crise économique, l'industrie automobile japonaise portée par Toyota, a développé un système de production plus performant que le taylorisme et le fordisme. Les principes du système japonais (toyotisme) sont les suivants : « autonomie » (capacités des machines à suspendre leur activité en cas de problème ce qui permet à l'ouvrier de travailler simultanément sur plusieurs machines), *just-in-time* (le flux de la production est déterminé par la demande et est soutenu par la méthode du Kan Ban qui affiche devant les postes de travail des ouvriers le niveau de production atteint par chacun : avance, retard, erreurs, retouches), la transparence et les cercles de contrôle qualité.

Après la domination des prolongements du système taylorien au cours du XX^e siècle, **les nouvelles formes d'organisation du travail** apparues à partir des années 1980, adossées à la transformation du modèle managérial (L. Boltanski, E. Chiapello, 1999), se caractérisent par le recours à la *flexibilité*, qui s'accompagne d'une augmentation de la pénibilité et de l'intensité du travail. Les « conséquences humaines » de la flexibilité, introduite pour répondre aux préoccupations financières et marchandes, ont été étudiées par R. Sennett qui a montré que la généralisation du recours à l'automatisation et l'extension des mesures de productivité à grande échelle aboutissent à un « travail sans qualités » (R. Sennett, 1998).

On peut distinguer une flexibilité du travail (adaptabilité de l'activité productive individuelle et collective en vue d'ajuster l'activité humaine aux variations de la production) d'une flexibilité de l'emploi (adaptabilité des contrats, des qualifications, des statuts et des droits en vue de rendre flexibles les caractéristiques d'un emploi) (J.C. Barbier, H. Nadel, 2000).

La flexibilité du travail implique une complexification du travail du fait de la polyvalence, de la mobilisation de l'initiative des travailleurs, de l'auto-organisation des tâches et souvent des responsabilités de gestion et d'évaluation. Cette complexification est associée à une augmentation des contraintes de résultats (contrats d'objectifs et normes qualité). L'appel à l'autonomie qui accompagne l'introduction de la flexibilité pourrait passer pour une reconnaissance des marges d'initiative personnelle et de l'engagement de la subjectivité dans le travail affranchie des contraintes tayloriennes de la discipline et du contrôle des gestes et des mouvements. Cependant, ces transformations coïncident avec l'augmentation importante des troubles psychopathologiques liés au travail, où l'injonction à l'autonomie se transforme en réalité en autocontrôle et accentue la contrainte de concurrence entre les travailleurs.

Ce paradoxe apparent entre autonomie et autocontrôle peut être soldé par l'analyse critique des nouvelles techniques d'évaluation individualisée des performances. L'autonomie concerne en effet la partie objective et matérielle du travail, qui dépend de la mobilisation subjective (et intersubjective) dans l'activité, alors que l'évaluation ne vise que la part objective du travail. L'évaluation objective contribue dès lors à neutraliser, voire inverser les avantages de l'autonomie.

► L'augmentation de l'autonomie coïncide avec l'intensification du travail qui soumet toujours plus de salariés à des contraintes de rythme de type industriel (cadences des machines, normes) ou marchandes (ajustement du travail à la demande) (qui concerne 33 % des salariés en 2005) (M. Gollac, S. Volkoff, 2007). Les évolutions des formes d'organisation du travail dans le contexte de l'économie des services, associées à la généralisation de l'informatique et du développement des nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) modifient en profondeur le rapport subjectif au travail. La conception gestionnaire du travail, qui vise en particulier l'augmentation de la productivité, domine les conceptions récentes sur l'organisation du travail. Les évolutions du travail contemporain se caractérisent également par l'engagement émotionnel (A. Hochschild, 1983), la valorisation de l'autonomie et de la liberté qui accentuent le processus d'individualisation (Z. Bauman, 2000).

Alors que les conditions de travail entraînent des répercussions sur la santé du corps, l'organisation du travail a des effets sur le fonctionnement psychique des sujets.

La *seconde étape* qui a présidé au renouvellement de la psychopathologie du travail a donc consisté à déplacer le centre de l'investigation de la recherche de maladies mentales vers la souffrance, conçue comme un état situé en deçà de la décompensation et de la pathologie. La principale difficulté dans l'identification de pathologies mentales spécifiques du travail réside dans le fait que les formes cliniques des troubles psychopathologiques dépendent de l'histoire singulière du sujet plutôt que des contraintes organisationnelles, alors que les modalités de la souffrance seraient caractéristiques des contraintes de travail.

La question posée au clinicien qui s'intéresse au travail peut se formuler comme suit : le travail est-il en mesure de fournir un espace de liberté dans lequel puisse s'exercer le désir ? Il apparaît que l'activité de travail peut représenter un médiateur entre inconscient et organisation du travail quand existe une adéquation minimale entre la composition ergonomique de l'activité et les voies d'éconduction de l'excitation (S. Freud, 1905) sur le mode sensoriel, moteur ou cognitif, en référence au modèle de l'économie psychosomatique (P. Marty, 1991). D'une conception mécanique des rapports entre le sujet et le contenu significatif de la tâche – où la souffrance serait le témoin de l'impossibilité du sujet à adapter l'organisation du travail à ses besoins pour la rendre plus ou moins congruente avec son désir – une autre conception du rapport subjectif au travail va progressivement émerger à la faveur de la découverte de causes variées et inattendues de la souffrance. La souffrance est, de ce fait, conçue comme un *vécu* spécifique résultant de la confrontation dynamique des sujets à l'organisation du travail (C. Dejours, 1980/2008 ; E. Abdoucheli, C. Dejours, 1990). En tant qu'elle est un état psychique qui implique un mouvement réflexif sur soi, elle se distingue de l'angoisse, affect sur lequel portent classiquement les

analyses classiques en psychologie clinique et en psychanalyse. Bien qu'il implique un mouvement réflexif, cela ne signifie pas que le vécu de souffrance soit accessible à la conscience dans sa totalité. Le concept de souffrance permet ainsi de saisir la diversité des processus psychiques mobilisés dans la rencontre avec les situations de travail et de faire porter l'analyse sur le rapport subjectif mobilisé face aux contenus concrets du travail.

L'ennui et la monotonie

Bien qu'il soit souvent mentionné, l'ennui au travail a fait l'objet de peu d'études spécifiques dans le champ des sciences humaines qui se sont plutôt penchées sur la satisfaction et la motivation au travail (cf. par exemple R. Francès, 1979). Pourtant, les descriptions du travail ouvrier, dans le contexte industriel des chaînes de montage, mettent en évidence la place majeure occupée par le sentiment de dévalorisation, de dépersonnalisation voire de « robotisation » de l'humain face à la machine dans le contexte de tâches répétitives et déconnectées de toute signification symbolique (G. Friedmann, 1970 ; C. Dejourn, 1980 ; R. Linhart, 1981 ; S. Weil, 1951). Le travail répétitif et sous cadence représenterait même le paradigme du travail « anti-sublimatoire », dans la mesure où les séquences de gestes se répètent à l'identique à un rythme soutenu et que les marges d'initiative individuelle sont restreintes. Il s'agit dès lors d'apprécier quels sont les processus psychiques mobilisés par les travailleurs pour endurer leur situation de travail.

La peur

L'exercice du travail entretient un rapport étroit avec la peur qui peut prendre différentes formes : peur de l'accident, de la blessure ou de la mort chez les travailleurs du bâtiment, les mécaniciens, les militaires, les pompiers, les policiers, ou les convoyeurs de fonds par exemple ; peur de la maladie ou de la contamination dans les métiers du soin et des services à la personne. La peur serait le témoin des risques que l'exercice professionnel peut entraîner vis-à-vis de l'intégrité physique comme de l'intégrité psychique du sujet. La peur résulte de la confrontation à la réalité de la situation de travail. Elle est en lien étroit avec les risques réels, présumés ou imaginés du travail et se révèle particulièrement déstabilisante pour l'économie psychique. Elle exige pour être supportée la mise en place de systèmes défensifs spécifiques, distincts des mécanismes de défense décrits par la psychanalyse (qui ont pour fonction de lutter contre l'angoisse résultant du conflit intrapsychique) (C. Dejourn, 1980/2008).

La confrontation à l'injustice et la souffrance éthique

Depuis les années 1990, des recherches plus récentes en clinique du travail mettent en avant des formes inédites de souffrance associées à la transformation des modes d'organisation du travail (nouvelles formes de management, complexification des objets techniques, développement de

l'économie des services). Dans les activités de service, la mobilisation de la subjectivité induite par le travail de service prendrait la forme spécifique d'un travail sur les émotions (*emotion work*). La sociologie des émotions, initiée par les recherches d'A.R. Hochschild (A.R. Hochschild, 1983), révèle que le travail sur les émotions, correspond à un travail de « gestion » spécifique, et fait l'objet de prescriptions et d'évaluation qui peuvent être « modulées » individuellement ou collectivement (A.R. Hochschild, 2003 ; A. Jeantet, 2002 ; D. Lhuillier, 2006). Ce travail émotionnel serait susceptible d'entraîner des répercussions psychopathologiques, du fait de l'implication de l'affectivité qu'il suppose.

De manière plus générale, alors que l'organisation du travail sur le modèle de Taylor se caractérisait par la division et la parcellisation des tâches, en vue d'améliorer l'efficacité du procès de travail, les formes contemporaines d'organisation du travail sont structurées par la flexibilité, associée à des méthodes de gestion comme la qualité totale et l'évaluation individualisée des performances, qui transforment le rapport subjectif au travail. Il est possible de repérer les manifestations d'une souffrance « éthique » dans des situations de travail où les sujets sont conduits à effectuer des *tâches immorales* qui occasionnent de la souffrance ou de l'injustice chez l'utilisateur ou le client. Ces tâches sont effectuées en réponse à des prescriptions explicites le plus souvent justifiées par référence à la rationalité économique, comme dans le cas des ventes forcées par exemple. Ce type de travail génère un conflit entre les activités effectuées par le sujet et le fait qu'il les réprouve moralement parce qu'elles sont en contradiction avec ses valeurs, ce qui se traduit par de la honte et de la culpabilité. Les travailleurs de nombreux secteurs d'activité sont concernés : humanitaires qui travaillent dans des contextes d'injustice et de violence, travailleurs des administrations publiques qui ont en charge l'accueil des usagers, agents des services bancaires, enseignants, éleveurs et vétérinaires, magistrats, etc. Les causes des contraintes à mal travailler sont souvent difficiles à identifier par les travailleurs eux-mêmes et représentent une source de souffrance majeure, quand ils se retrouvent contraints de devoir « bâcler » leur travail, ou tricher sur la qualité. La crainte de l'incompétence et le sentiment de faire un travail de mauvaise qualité se trouvent exacerbés dans le contexte de précarisation, où la menace au licenciement et à la perte d'emploi concerne un nombre de plus en plus élevé d'individus. La peur qui en résulte contribue au déni de la souffrance des autres, au silence sur la sienne propre, dont l'individualisme représente une des formes d'expression les plus courantes.

Travail réel et réel du travail

Les recherches en ergonomie de langue française ont permis la découverte de l'écart irréductible entre le travail prescrit par l'organisation et l'activité réelle. On est ainsi conduit à distinguer la *tâche* (qui correspond aux objectifs à atteindre) et l'*activité* (qui correspond à ce qui est fait concrètement

par le travailleur pour y parvenir) (F. Daniellou, A. Laville, C. Teiger, 1983). Ce décalage concerne toutes les situations de travail sans exception et résulte pour une part de la variabilité des situations, mais également des insuffisances et contradictions issues de l'organisation du travail. L'activité de travail, du fait des gestes qu'elle implique, des matériaux et des outils qu'elle engage, du statut social qu'elle confère, etc. comporte une dimension symbolique et narcissique individuelle qui peut se trouver en opposition avec les prescriptions portées par l'organisation du travail. Par ailleurs, quelle que soit la précision des consignes, surviennent inévitablement des dysfonctionnements, des pannes, des imprévus de telle sorte que le respect scrupuleux des prescriptions ne permettrait pas d'atteindre les objectifs si le travailleur ne faisait pas des écarts ou transgressions. *A contrario*, si les prescriptions sont respectées à la lettre, comme dans la grève du zèle, le procès de travail se trouve rapidement paralysé. Le travail, du point de vue du clinicien, se caractérise donc essentiellement par sa part « subjective » et « vivante », à savoir les initiatives, l'ingéniosité, l'inventivité qui sont mobilisées par ceux qui travaillent et que l'on peut désigner comme le *travail réel*. Cette définition du travail insiste sur les processus psychiques mobilisés dans l'activité de production de biens ou de services, ce que désigne également la référence au « *travailler* ». C'est avant tout le versant subjectif du travail qu'il s'agit d'analyser et qui se caractérise, comme toute production subjective telle que le refoulement, les fantasmes ou les rêves, par son invisibilité et son caractère permanent et dynamique. La place du travail dans le fonctionnement psychique ne peut en effet se réduire aux horaires et espaces dévolus à l'exercice productif (temps et lieux de travail contractualisés), mais se déploie jusque et y compris dans les rêves. Ce point est d'importance pour le clinicien : au regard de la vie psychique, la séparation entre travail et hors travail s'avère non pertinente.

L'expérience du travail représente donc une épreuve psychique majeure dans la mesure où elle permet la confrontation à ce que l'on désigne comme le « *réel du travail* ». L'écart entre le prescrit et l'effectif se manifeste d'abord sur le mode de la défaillance des connaissances, des savoir-faire. Le monde réel résiste en effet à la maîtrise et la prise de conscience du réel se fait sur le mode pathique, par l'intermédiaire du sentiment d'impuissance, de l'hésitation, du doute et de l'échec qui s'imposent au sujet. La résistance du réel joue un rôle majeur dans le maintien du rapport avec la réalité. La souffrance issue de la confrontation à la passivité, loin de représenter l'aboutissement du processus, va se muter en exigence de travail psychique en vue d'être soulagée. Travailler consiste alors à endurer la confrontation à l'échec, en vue de trouver une solution à un problème inédit et imprévu. La souffrance appelle une transformation de soi et se trouve mobilisée au service de la recherche d'une solution face à l'échec, sous la forme du *zèle*, qui désigne l'investissement psychique présidant à la mobilisation d'une forme spécifique d'intelligence déployée pour faire face à la situation de travail. Selon cette conception, le travail engage toujours une activité de conception et n'est pas réductible à un travail d'exécution.

Le couple dynamique souffrance/plaisir

La clinique du travail permet de défendre une conception dynamique de la souffrance, dans la mesure où la souffrance est première dans l'expérience de travail, mais il apparaît qu'elle peut connaître des destins différenciés, dans la mesure où elle oriente la recherche de solution face à la résistance du réel.

La définition du plaisir au travail trouve son origine dans la conception psychanalytique de S. Freud sur l'*élaboration psychique*, présentée comme le résultat d'un travail effectué par le Moi sur les excitations pulsionnelles. En d'autres termes, à partir du travail d'élaboration effectué pour différer et le « principe de plaisir » et la recherche des excitations qui caractérisent le sexuel, peut se révéler une autre forme de plaisir qui renvoie au plaisir d'exercice de la pensée subjective, déclinée sur le mode de la sublimation notamment. La puissance transgressive du plaisir sexuel peut ainsi connaître des destins différenciés, dont le plaisir de pensée représente une des formes majeures. Dans l'expérience du travail, le rapport individuel à la tâche peut être source de gratifications narcissiques. Pourtant l'accès au plaisir ne se réduit pas à sa dimension solipsiste, mais dépend également des rapports de travail établis avec les autres. L'expérience de la souffrance ne représente donc pas l'aboutissement d'un processus et n'est pas pathogène en soi, mais elle peut être subvertie en plaisir, quand certains obstacles ont été dépassés et que la contribution individuelle à la solution peut trouver une forme de reconnaissance par les autres.

Le plaisir peut être au rendez-vous du travail quand la souffrance peut se muter en exigence de travail pour le Moi et se transformer en expérience structurante pour l'identité. Pour que cette dynamique puisse se déployer, certaines conditions sont requises :

- que le sujet soit en mesure d'endurer l'échec résultant de la confrontation aux limites de son habileté technique dans la rencontre avec le réel qui résiste à la maîtrise ;
- que la trouvaille, la solution ou le succès soient, au moins en partie, au rendez-vous de l'engagement psychique majeur dans le travail ;
- enfin que ces efforts et investissements soient reconnus par les autres.

Le travail n'est donc pas neutre dans la dialectique souffrance/plaisir, car il peut jouer le rôle de médiateur dans l'accomplissement de soi, en contribuant à révéler certaines formes de sensibilité résultant de l'implication subjective dans la tâche, qui président au développement des habiletés dans le travail (*cf. infra*).

Le concept de « plaisir » se distingue, du point de vue clinique, de l'érotisation de la souffrance qui caractérise classiquement le masochisme et des conduites renvoyant à un fonctionnement de type pervers. Certaines descriptions issues de la psychosociologie analysent de manière spécifique le rôle de la perversion dans les organisations, à partir de descriptions sur les processus en cause dans ces organisations (E. Enriquez, 1992 ; G. Amado, 2003). Les modalités de fonctionnement des systèmes institutionnels, notamment

les dispositifs de communication, ou les bases idéologiques des pratiques de management modernes et leurs effets sur la subjectivité, sont ici interprétés à l'aide des outils théoriques de la métapsychologie psychanalytique (inconscient, identification, projection, réalité psychique...), mais la place accordée à l'analyse du travail n'apparaît pas comme centrale. À la suite des propositions freudiennes présentées dans son texte de 1921 (*S. Freud, Psychologie des masses et analyse du moi*), il s'agit de dégager des arguments en faveur de l'édification des *liens sociaux* et de leurs avatars qui régissent les organisations. L'investigation menée à partir de la psychopathologie et de la psychodynamique du travail suggère plutôt que les conduites d'érotisation de la souffrance existent, mais qu'elles relèvent de stratégies défensives élaborées pour tenir en situation de travail et qu'elles seraient donc *secondaires* à l'expérience du travail (cf. Partie II).

L'appréciation du rapport subjectif au travail s'envisage dès lors selon un *continuum entre souffrance et plaisir* : dans quelle mesure la situation de travail peut-elle offrir une scène pertinente au sujet pour y accomplir son identité ? Et dans quelle mesure la situation de travail peut-elle conduire à fragiliser la subjectivité ? L'enjeu théorique et la pratique clinique visent la compréhension des conditions dans lesquelles le travail est soit pathogène, soit structurant pour la santé mentale. La seule prise en compte des contraintes de l'organisation à travers le repérage de « facteurs de risque » s'avère insuffisante, au regard des modalités singulières et différenciées de l'engagement subjectif dans le rapport au travail. C'est à partir d'un dialogue entre psychanalyse et ergonomie, ainsi que de la confrontation avec des travaux issus de la sociologie, de la linguistique, de l'anthropologie, de l'histoire sociale ou encore de l'économie que les évolutions théoriques en psychopathologie du travail vont se centrer sur l'énigme de la normalité.

3 Normalité, souffrance et défenses

La normalité : essai de définition

Pour la psychopathologie, qui vise l'étude des fonctions psychiques et des mécanismes qui les régissent, les processus normaux et pathologiques sont de nature identique mais se distinguent par leur intensité. Des critères statistiques, sociaux et moraux, ou encore biologiques peuvent être envisagés pour définir la normalité (B. Verdon, C. Chabert, 2008). La thèse de G. Canguilhem (G. Canguilhem, 1943), souvent citée en référence, défend une définition critique de la normalité interprétée comme absence de maladie, en insistant sur la possibilité, pour l'individu de créer de nouvelles normes qui sont des variations qualitatives de l'adaptation et s'opposent à une soumission passive aux effets du milieu. Du point de vue psychopathologique, la santé n'existe pas mais constitue une référence par rapport à laquelle il devient possible de penser et d'orienter la démarche clinique et l'action thérapeutique. Il apparaît en effet difficile de réduire la santé à un « état » comme le propose la définition de l'OMS (« état de complet bien-être physique, mental et social ») et la normalité à une capacité d'adaptation aux contraintes de l'organisation du travail. La normalité représente au contraire un équilibre instable que le sujet cherche à maintenir malgré la confrontation aux contraintes qui pèsent sur lui, comme aux risques de maladies. Dans cette perspective la normalité est comprise comme le résultat d'une lutte sans cesse à renouveler et à reconstruire contre le risque de maladie et de décompensation. C'est alors la normalité qui acquiert le statut d'énigme et non plus la pathologie. La clinique du travail révèle que pour rester « normaux », les sujets érigent des stratégies pour se défendre de la souffrance ressentie du fait de la confrontation avec les conditions et les modes d'organisation du travail. La normalité résulte d'un compromis entre la souffrance et les défenses élaborées pour supporter cette souffrance, compromis qui est toujours susceptible d'être déstabilisé, ce qui justifie de la désigner comme une « *normalité souffrante* » (C. Dejours, P. Molinier, 1994).

Souffrance et défenses

Du fait des risques encourus dans l'exercice du travail, on devrait s'attendre à ce que la souffrance dans le travail soit à l'origine de nombreuses manifestations psychopathologiques. Pourtant la clinique du travail ordinaire met en évidence que la plupart des sujets parviennent à conjurer le risque de décompensation parfois tout au long de leur vie professionnelle. Entre la contrainte de travail et le déclenchement d'une décompensation s'intercale en effet

toute une série de processus psychiques qui vont contribuer à lutter contre la menace de décompensation : ces processus intermédiaires sont les *stratégies de défense*. L'apparition de troubles psychopathologiques et d'atteintes à la santé en situation de travail ne résulte donc pas seulement des contraintes objectives, mais aussi et surtout du débordement et de la mise en impasse des ressources défensives mobilisées par les sujets pour tenir dans la situation de travail qui est la leur. La souffrance peut ainsi devenir pathogène et pousser le sujet vers la maladie quand elle n'est pas endiguée par des défenses qui ne remplissent plus leur rôle de protection.

Les recherches en psychopathologie et psychodynamique du travail ont contribué à révéler que, conjointement aux mécanismes de défense classiquement décrits par la psychanalyse, il existe des constructions défensives, élaborées et entretenues collectivement par les travailleurs qui ont pour visée principale de lutter efficacement contre la souffrance générée par les contraintes réelles du travail. La fonction principale des défenses, qu'elles soient individuelles ou collectives (ce qui est plus original du point de vue de la démarche clinique classique) est de transformer le rapport à la réalité en agissant sur la pensée du sujet. Les stratégies défensives, comme tout processus psychique qui vise à protéger le Moi de l'angoisse, tiennent leur efficacité de leur dimension symbolique visant à occulter, ou immobiliser la perception de ce qui, dans la réalité du travail, est en cause dans l'accroissement de la vulnérabilité et de la souffrance. En référence à la démarche compréhensive qui oriente l'approche clinique, toute conduite, même si elle semble aberrante ou incompréhensible, a un sens du point de vue de la rationalité subjective et de la préservation de soi. Des conduites irrationnelles revêtent ainsi une logique au regard de la lutte contre la souffrance dans le travail, alors qu'elles peuvent apparaître comme incompréhensibles du point de vue de l'efficacité instrumentale et/ou stratégique.

Il arrive néanmoins que les stratégies défensives soient détournées de leur finalité première qui est la protection du rapport subjectif au travail en luttant contre la souffrance. Le clinicien se retrouve ici confronté au problème clinique soulevé par le statut ambigu des défenses : quand la défense se rigidifie et devient un objectif en soi, l'anesthésie de la pensée qui en résulte abolit toute prise en compte et possibilité de discuter du réel du travail. Le processus de radicalisation des défenses apparaît consécutif à l'impossibilité, pour les travailleurs, de constituer une intelligibilité commune de la situation. Dans ce cas, l'émergence de la *violence* est le signe clinique le plus évident qui annonce le déni de la souffrance, à travers la banalisation de comportements socialement aberrants (mensonge collectif, sabotage des installations et outils de travail, violence envers les patients, etc.).

Stratégies individuelles de défense

Les défenses initialement identifiées dans le cadre de l'approche clinique du travail sont des défenses individuelles. Les enquêtes sur le travail à la chaîne dans l'industrie automobile par exemple posent le problème de la monotonie

du travail et de la répétition de la cadence qui contribuent à la perte du sens de l'activité, ce que chaque opérateur assume seul. Les observations cliniques ont mis en évidence la contradiction entre le fonctionnement psychique normal, caractérisé par le conflit psychique d'un côté et la cadence productiviste de l'autre. L'activité psychique qui se déploie entre rêverie et pensée structurée, permet au sujet de « métaboliser » sa souffrance, mais le travail répétitif sous contrainte de temps est gêné par une activité psychique spontanée. Chaque fois que le sujet se prend à rêver, à penser, il ralentit la cadence du travail. Un des moyens pour tenir les cadences est alors de lutter contre les émergences fantasmatiques et de s'empêcher de penser, ce qui ne devient possible que par le recours à l'*auto-accelération*. Par cette voie, les sujets paralysent leur fonctionnement psychique grâce à une vitesse telle que la répétition de gestes aussi rapides engourdisse la pensée. Du point de vue métapsychologique, l'auto-accelération engage essentiellement le système sensori-moteur et conduit à la saturation du système perception-conscience. Pour parvenir à tenir les cadences imposées, il est devenu nécessaire aux sujets de les accélérer encore, mais au prix d'un appauvrissement de leur activité psychique. Ils se retrouvent donc dans une situation paradoxale, dans la mesure où ce qui organise et témoigne de la vitalité de leur fonctionnement psychique, à savoir l'activité fantasmatique, devient dangereux parce qu'ils doivent en même temps continuer à travailler. La paralysie du fonctionnement psychique s'avère extrêmement coûteuse sur le plan psychique et doit être stabilisée dans la durée, au risque de peser sur les interactions avec les enfants et la famille.

Cette stratégie défensive est connue, en psychanalyse et psychosomatique, sous le nom de « *répression pulsionnelle* » déjà identifiée par S. Freud. Elle désigne une opération psychique, distincte du refoulement, visant à l'exclusion du champ de la conscience des affects dont le contenu est supprimé. Son rôle est bien connu dans le champ de la *clinique psychosomatique*. Les atteintes spécifiques du fonctionnement psychique relevées chez les malades somatiques consistent en effet en une difficulté, voire une impossibilité à pouvoir traiter psychiquement les excitations du corps, à les « mentaliser » dit-on aussi. Le processus de répression pulsionnelle serait d'abord le témoin de la fragilisation de l'appareil psychique et de l'appauvrissement subjectif pouvant se traduire par une « vie opératoire » (P. Marty, M. Fain, 1963 ; C. Smadja, 2001 ; J. Press, 1995). Cette dernière serait caractérisée par une pauvreté fantasmatique (peu de rêves, peu de fantasmes, peu d'angoisse, peu d'associations) et une adaptation sociale satisfaisante.

Pendant chez les ouvriers spécialisés, l'abrasion psychique observée est secondaire et résulte de stratégies mises en place par les ouvriers eux-mêmes pour continuer à faire leur travail. Certaines observations ont d'ailleurs permis de distinguer deux modes distincts de fonctionnement psychique chez les ouvriers :

- la « robotisation » qui constitue une souffrance et une menace pour l'intégrité psychique ;
- la « machinalisation » qui se situe dans le registre de la défense, en représentant une forme économique de fonctionnement permettant à l'opérateur

de penser à des astuces pour améliorer le travail sur la chaîne de montage (M. Llory, A. Llory, 1996).

Cependant, le « blocage fantasmatique au long cours » (C. Dejours, 1980) prolongé en dehors du travail, peut finir par avoir des effets majeurs sur le fonctionnement psychique des travailleurs. On peut ainsi analyser certaines décompensations psychopathologiques comme des dépressions, ou l'apparition de maladies somatiques au moment où arrive la retraite par exemple comme la conséquence de la déstabilisation de l'économie psychique défensive imposée par le rapport au travail. Loin de se sentir débarrassés ou libérés d'un travail destructeur, l'accès à la liberté serait vécu par certains sujets comme une expérience extrêmement déstabilisante pour leur identité, du fait du vide ressenti (vide psychique qui pourtant était nécessaire pour leur permettre de travailler).

Depuis les observations princeps de Bégoïn et Le Guillant se rapportant au travail des téléphonistes, ainsi que des descriptions sur le travail répétitif sous contrainte de temps, d'autres observations ont été réalisées dans différents secteurs de l'industrie et des services et révèlent que le recours à l'auto-accelération concerne toutes les catégories socioprofessionnelles. L'activisme (chez les cadres, chez les soignants ou encore les travailleurs sociaux par exemple), qui consiste à contribuer à l'entretien de la surcharge de travail, conduit en particulier à une suspension de l'activité de la pensée et du jugement moral. Ce type de défense individuelle se révèle particulièrement efficace en vue de conserver une attitude professionnelle dans des situations de travail qui deviennent coûteuses sur le plan psychique, notamment quand elles génèrent des *conflits éthiques* (accélérer le traitement des dossiers contribue à « chosifier » et « oublier » les personnes que l'on est censé accueillir, accompagner ou soigner par exemple).

D'autres modes de défense individuels sont mis en place par les travailleurs, selon des modalités très diverses en fonction des situations de travail, en particulier dans les situations contemporaines caractérisées par l'isolation et l'individualisation toujours croissantes du travail.

Ces stratégies sont généralement adossées à des mécanismes de défense tels que la *rationalisation* (justifier les « dégraissages » nécessaires pour la santé de l'entreprise par exemple), ou le *clivage*, qui contribuent à éviter l'angoisse, tout en maintenant simultanément des attitudes contradictoires. Ces mécanismes psychiques fréquents bénéficient du recours à l'imaginaire social, du fait de la sollicitation du système conscient qu'ils supposent. L'imaginaire social s'oppose à l'imagination dont la forme cardinale est le fantasme. L'imaginaire social est composé d'images et de représentations données de l'extérieur, soutenues par l'idéologie de la *virilité sociale*. La virilité sociale désigne l'ensemble des attributs sociaux associés aux hommes et au masculin comme la performance, l'exploit, la force, le pouvoir, la maîtrise, etc. Ces attributs donnent des privilèges associés à la domination de ceux qui ne peuvent être virils comme les femmes et les enfants (P. Molinier, D. Welzer-Lang, 2000). Les contenus de l'imaginaire social revêtent un pouvoir de fascination et de sidération de la pensée et permettent de

faire l'économie du travail psychique de liaison des excitations qui organise habituellement la circulation entre les systèmes de la topique psychique. Le surinvestissement du système conscient, organisé de l'extérieur, contribue dès lors à endiguer les émergences de l'inconscient sexuel et le fonctionnement psychique du sujet prend des allures de fonctionnement « opératoire » (P. Marty, 1991). L'illustration clinique la plus caractéristique de la fonction remplie par le recours à l'imaginaire social est représentée par la « normopathie ». Pour J. Mac Dougall (1982), les « normopathes » présentent une hyperadaptation à la réalité, un conformisme extrême aux normes de comportements sociaux et professionnels et apparaissent comme peu enclins aux mouvements conflictuels en particulier de culpabilité. Pour les cliniciens, la normopathie représenterait une solution spécifique pour lutter contre le travail d'élaboration suscité par l'expérience de la souffrance.

Les stratégies individuelles de défense déployées dans l'exercice du travail, et relayées par les mécanismes de défense, se révèlent être un puissant moyen d'entraver les processus de pensée et le travail du préconscient. C'est ainsi que l'on est conduit à proposer une analyse spécifique des troubles cognitifs affectant de manière plus ou moins sévère les capacités d'élaboration des sujets dans les formes contemporaines d'organisation du travail, à la lumière des processus psychiques mobilisés en situation de travail (cf. Partie II).

Stratégies collectives de défense

Les premières stratégies collectives de défense ont été identifiées dans les métiers du bâtiment, métiers dangereux où le risque est objectif et connu par tous ceux qui travaillent (C. Dejours, 1980/2008). Elles ont, par la suite, été retrouvées dans d'autres secteurs professionnels (nucléaire, chimie, armée, police, hôpitaux...) ce qui a permis d'accorder à cette notion une portée plus générale. Sur un chantier, la peur est incompatible avec la poursuite du travail, car elle représente un risque supplémentaire d'accidents. Quand la peur devient trop importante, il devient nécessaire de se défendre, soit en supprimant le danger, soit en adoptant une conduite de prudence pour tenter de diminuer la peur. Mais cela n'est pas toujours possible, c'est pourquoi certaines conduites de conjuration de la peur, qui valorisent la force et le courage viril, peuvent être mises en place par le collectif de travail (conduites ordaliques, bizutages, idéologies héroïques, etc.). Ces conduites consistent à agir sur la perception du risque en tentant de le maîtriser sur le plan symbolique afin de l'évacuer du champ de la conscience. L'absence de référence spontanée à la peur dans le discours, bien que les risques soient connus, représente un témoin du processus de maîtrise symbolique du risque. C'est au prix d'un déni plus ou moins important de la réalité du danger, *déni qui nécessite d'être collectivement construit et entretenu*, que les sujets parviennent alors à travailler. Chacun accorde sa conduite et sa façon de penser le travail à ce style imposé. Et le collectif isolera rapidement celui qui montrera sa peur et qui, par sa conduite, remettra en cause la stratégie

d'occultation du danger. Il est en effet difficile de se fier à quelqu'un qui manifeste objectivement sa peur : il n'est fiable ni pour lui-même ni pour les autres. Les stratégies collectives de défense sont donc des constructions fragiles qui supposent de lutter activement contre la peur avant qu'elle ne se manifeste. Mais il suffit qu'un seul membre du collectif exprime ouvertement sa peur pour qu'elle devienne à nouveau présente et éprouvée par l'ensemble des travailleurs.

De telles stratégies défensives sont caractérisées par un ensemble structuré de conduites qui associent simultanément :

- des conduites ostentatoires (prises de risques, conduites périlleuses, prouesses physiques, mises en scène, jeux et expressions verbales spécifiques des situations de travail) ;
- la dissimulation et l'occultation de contenus relatifs au travail (danger physique, maladie, injustice, etc.).

Quand elles sont analysées sans référence aux contenus du travail, ces conduites prises séparément, ne semblent pas toujours avoir de rapport les unes avec les autres.

Ces stratégies sont retrouvées dans toutes les situations de travail à risque : industrie du nucléaire, chimie, navigation de pêche, armée, etc. et concernent des collectifs composés majoritairement par des hommes. Leur analyse permet de reconsidérer l'approche théorique du risque dans l'exercice du travail qui est généralement référée aux positions psychologiques (immaturité, recherche des limites, voire psychopathie) des individus et non à la nature du travail.

Chez des cadres, a pu être identifiée la stratégie collective du « cynisme viril » qui a pour fonction d'affronter le risque psychique de perdre son identité « éthique », en opposant à la souffrance d'apporter sa contribution à faire des « basses besognes », un déni collectif (C. Dejours, 1998). La honte est alors tournée en dérision, voire en provocation, justifiant que l'organisation de plans sociaux, par exemple, est « un travail comme un autre ». Les conduites qui sous-tendent le déni de perception vont parfois jusqu'à la surenchère *via* des concours où les chiffres fournis par les uns et les autres dépassent les objectifs fixés.

D'autres formes de stratégies collectives ont été mises en évidence au sein de collectifs féminins. Des recherches de terrain (infirmières, assistantes sociales, auxiliaires de puériculture...) ont ainsi contribué à mettre en évidence des stratégies défensives spécifiques qui consistent non pas à opposer un déni de perception à la réalité qui fait souffrir (suscité par la peur du risque), mais plutôt à « encercler » le réel de la vulnérabilité des corps. Les techniques mises en place dans les métiers construits par des femmes, comme les infirmières par exemple, visent la domestication, l'« encercllement » de la souffrance et non son évacuation des représentations mobilisables (P. Molinier, 1995). Les stratégies collectives de défense des infirmières se constituent en réaction face à l'angoisse et au dégoût intrinsèques à la confrontation à la maladie, aux souffrances du corps et à la mort. Le travail infirmier a pour caractéristique de solliciter de façon majeure le rapproché

corporel, la manipulation du corps de l'autre et l'engagement de son propre corps dans les soins au malade. Le travail infirmier suppose une disciplinarisation des corps en vue d'effacer les marques de fatigue, de tensions, de souffrance. La dramaturgie et l'autodérision, pratiquées dans les moments de pause en particulier, représentent une manière de lutter contre la souffrance engendrée par l'activité de travail, en tentant de l'apprivoiser. Les fous rires dans les moments difficiles, le maniement subtil de l'ironie, ou encore l'« enjolivement de la réalité » permettent de tenir à distance la confrontation à la vulnérabilité (V. Sadock, 2003). Chez les assistantes sociales, la stratégie de la « bêtise », qui consiste à afficher un manque de savoir et de compréhension des situations auxquelles elles sont confrontées, contribue à retourner contre soi les échecs des prises en charge et les obstacles rencontrés dans le travail et d'éviter de devoir répondre à des demandes impossibles à traiter (exclusion d'usagers par exemple). La ruse de la « bêtise » simulée, construite et entretenue collectivement, représente un recours dans les situations difficiles pour tenir face à des prescriptions paradoxales (M.P. Guiho-Bailly, D. Dessors, 1997). L'incompréhension affichée contribue ainsi à se protéger de la souffrance générée par les situations de travail, tout en conservant son engagement dans la prise en charge des bénéficiaires des services sociaux.

L'analyse du rapport subjectif au travail révèle que la souffrance est toujours individuelle, mais que les travailleurs peuvent coopérer et que des modes de défense peuvent s'élaborer collectivement. Les stratégies défensives ont un impact sur le fonctionnement psychique individuel, de par la contrainte qu'elles représentent, mais elles permettent dans le même temps de faire l'économie psychique de la confrontation individuelle à la souffrance. Dans l'exercice quotidien du travail, défenses individuelles et défenses collectives sont généralement associées. C'est pourquoi l'investigation des processus en cause dans les décompensations psychopathologiques au travail doit s'appuyer conjointement sur l'analyse des contraintes et de la matérialité du travail, mais également sur le repérage des modalités du fonctionnement psychique mobilisées en situation de travail. Du point de vue théorique, cela suppose de pouvoir se référer à :

- une *théorie du sujet* qui rende compte des processus psychiques en cause dans le maintien de la normalité comme dans le déclenchement des troubles psychopathologiques ;
- une *théorie du travail* qui tienne compte de ses différentes dimensions économiques (valeur sociale/production de valeur), sociologiques (travail comme enjeu des rapports sociaux) et psychiques (engagement de la personnalité et travail psychique).

Le paradoxe de la double centralité : centralité de la sexualité et centralité du travail vis-à-vis de la santé mentale

Centralité de la sexualité

La métapsychologie psychanalytique représente le modèle le plus pertinent pour apprécier les processus subjectifs mobilisés par la rencontre avec le travail. En France, le modèle structural (J. Bergeret, 1972 ; 1985) est celui qui est le plus fréquemment utilisé dans le champ de la psychopathologie clinique pour distinguer les différents modes d'organisation du fonctionnement psychique à partir de facteurs essentiels comme les défenses, le type d'angoisse et les modalités de la relation d'objet. L'intérêt du modèle structural est qu'il permet de distinguer des modes d'organisation du fonctionnement psychique (mode névrotique, psychotique ou limite) des formes de décompensations (pathologies névrotiques ou psychotiques). Mais il présente également des limites, en particulier la rigidité supposée des modes de structuration de la personnalité (ligne névrotique, psychotique ou a-structuration) qui résistent difficilement aux données issues de la clinique témoignant de la présence de types de fonctionnement hétérogènes chez un même sujet.

Le développement du fonctionnement psychique est, en psychanalyse, étroitement articulé sur la référence à la *centralité du sexuel* qui organise le travail imposé à l'appareil psychique par les pulsions et leurs destins (S. Freud, 1915). Le modèle du travail psychique, chez S. Freud, est celui de l'élaboration psychique (ou perlaboration) dont le travail de deuil, le travail de rêve, le travail d'analyse, le travail de remémoration, le travail de mélancolie ou encore le travail de la pensée en constituent des modalités spécifiques. Leur visée commune est de conduire à des transformations quantitatives et qualitatives, qui organisent la dynamique psychique, en traitant les excitations pulsionnelles et l'angoisse résultant du conflit intrapsychique entre les systèmes (première topique) ou instances (deuxième topique). Freud insiste tout au long de ses écrits métapsychologiques sur le pouvoir mutatif du travail psychique qui se retrouve dans la notion d'*Arbeit* (*Traumarbeit*, *Trauerarbeit*, *Durcharbeiten*, *Kulturarbeit*...). L'analyse théorique du statut de cette notion d'*Arbeit* dans la théorisation psychanalytique conduit à réexaminer les rapports entretenus entre travail et sexualité (C. Dejours, 2009).

Cependant, en psychopathologie et en psychanalyse, le travail ordinaire est rarement appréhendé comme autre chose qu'un décor, ou un élément de la réalité externe sur lequel peuvent être déplacés certains conflits ou qui peut, dans certaines conditions venir précipiter l'actualisation de conflits intrapsychiques liés à la sexualité infantile.

Le rôle du travail est brièvement évoqué par S. Freud dans ses propositions théoriques sur la *sublimation*, qui, en tant que destin pulsionnel, suppose une modification du but de la pulsion et vise des objets socialement valorisés. La sublimation consiste à détourner la pulsion sexuelle de son but premier, qui est la satisfaction, et suppose un destin non sexuel de la pulsion, envisagé par Freud à travers la soumission aux exigences de la civilisation à l'engagement dans la construction de la culture. Mais Freud ne propose pas une théorie de la sublimation étayée sur l'activité ordinaire du travail. Les hommes présenteraient même une aversion naturelle pour le travail, dans la mesure où ils ressentent comme pénibles les efforts demandés par la culture pour permettre la vie en commun.

« Il n'est pas possible d'apprécier de façon suffisante, dans le cadre d'une vue d'ensemble succincte, la significativité du travail pour l'économie de la libido. Aucune autre technique pour conduire sa vie ne lie aussi solidement l'individu à la réalité que l'accent mis sur le travail, qui l'insère sûrement tout au moins dans un morceau de la réalité, dans la communauté humaine. La possibilité de déplacer une forte proportion de composantes libidinales, composantes narcissiques, agressives et même érotiques, sur le travail professionnel et sur les relations humaines qui s'y rattachent, confère à celui-ci une valeur qui ne le cède en rien à son indispensabilité pour chacun aux fins d'affirmer et justifier son existence dans la société. L'activité professionnelle procure une satisfaction particulière quand elle est librement choisie, tant qu'elle permet de rendre utilisable par sublimation des penchants existants, des motions pulsionnelles poursuivies ou constitutionnellement renforcées. Et cependant le travail, en tant que voie vers le bonheur est peu apprécié par les hommes. On ne s'y presse pas comme vers d'autres possibilités de satisfaction. La grande majorité des hommes ne travaille que poussés par la nécessité et de cette naturelle aversion pour le travail qu'ont les hommes, découlent les problèmes sociaux les plus ardues » (S. Freud, 1929).

Dans *L'Avenir d'une illusion* Freud propose de définir la culture comme « tout ce en quoi la vie humaine s'est élevée au-dessus de ses conditions animales et ce en quoi elle se différencie de la vie des bêtes » (S. Freud, 1927). La culture serait donc d'essence spécifiquement humaine et se définirait par deux caractéristiques :

- par les savoirs et savoir-faire acquis par les hommes pour dominer les forces de la nature et gagner des biens pour satisfaire leurs besoins ;
- par la mise en place de dispositifs nécessaires pour régler les relations des hommes entre eux (répartition des biens).

La culture produit des dispositifs et des instruments qui sont utiles à l'homme. Mais elle impose aussi des limites à la satisfaction individuelle. Un des moyens pour empêcher l'hostilité envers la culture serait le retournement

des pulsions hostiles sur le Moi propre, par le renforcement du Surmoi et de la conscience morale (S. Freud, 1929).

Pour Freud et la plupart des auteurs à sa suite, c'est essentiellement à partir de l'activité de création de l'artiste, ou du penseur, que la théorie psychanalytique envisage la dynamique de la sublimation qui organise les rapports entre sujet et collectif (E. Séchaud, 2005) et délaisse finalement le rôle joué par le travail ordinaire.

Dans le courant psychosomatique également, le travail se trouve le plus souvent relégué au plan d'un élément factuel. Les rêves de travail, fréquents chez les malades somatiques, sont analysés comme les témoins des modifications de la fonction onirique. Les rêves de travail, ne seraient pas l'expression de l'engagement de la subjectivité dans le travail, mais plutôt des rêves de réalité, équivalents de l'insomnie, marqués par une carence élaborative et répondraient à l'empêchement de rêver en continuant à travailler (M. Sami-Ali, 1980).

À partir de la référence à la psychanalyse, on peut repérer différents courants théoriques qui s'appuient sur des investigations et des interventions réalisées dans le monde du travail et de l'entreprise, en vue d'apprécier les rapports entre individuel et collectif.

Perspective socio-analytique

La perspective socio-analytique est représentée par E. Jaques (1955) et I. Menzies (1960). Ils proposent, dans la perspective de l'école anglaise se référant aux propositions de M. Klein et W.R. Bion sur le travail psychique et l'activité de symbolisation, que les processus sociaux contribuent à soutenir les processus défensifs individuels élaborés par les sujets pour lutter contre l'angoisse et la dépression. Par l'intermédiaire des mécanismes d'introjection et de projection, les objets internes seraient déposés dans les institutions sociales. L'investissement de ces institutions par les sujets et en particulier la recherche de cohésion entre les individus dans la construction des structures sociales (comme les systèmes de rôles ou de position) et les mécanismes culturels (conventions, coutumes, règles, tabous...) seraient le témoin d'une défense contre l'anxiété « psychotique » résultant d'éléments psychiques non symbolisés.

Psychosociologie

Les travaux développés dans le champ de la psychosociologie visent à étudier les rapports entre les faits psychiques et les faits sociaux, en vue de dégager les spécificités des processus relationnels engagés dans l'articulation entre individuel et collectif. À partir de la mise en perspective des travaux issus de la sociologie classique (E. Durkheim, M. Weber, G. Simmel, N. Elias), des modèles théoriques issus de la psychologie (psychologie sociale, ethnopsychiatrie et psychanalyse) et du courant sociotechnique (E. Trist, H. Murray, 1993), c'est autour de la thèse de la « résonance »

intrapyschique du social que sont principalement organisées les propositions théoriques (G. Amado, 1990 ; 1994 ; 2003). La scène du travail et les conditions concrètes de son organisation, comme de ses crises, seraient en mesure d'orienter l'évolution de la personnalité individuelle vers une stase ou au contraire vers un développement de l'identité (A. Levy, 1997). En postulant une continuité entre fonctionnement psychique et fonctionnement social, les modalités organisationnelles du travail représenteraient ainsi un « phénomène transitionnel » (D. Winnicott, 1951) pertinent à analyser.

Sociologie clinique

La sociologie clinique s'appuie sur la théorie psychanalytique et en particulier sur les concepts proposés par S. Freud sur la formation des instances idéales et les processus psychiques mobilisés dans la constitution des groupes : identification, Idéal du Moi et Moi Idéal (S. Freud, 1921). Sa visée est de dégager le poids respectif des déterminations psychiques et sociales dans les conduites des individus en passant par l'analyse des pièges psychiques tendus à celles et ceux qui se font capturer par les promesses souvent attrayantes que leur adresse la communication d'entreprise (N. Aubert, V. de Gaulejac, 1991 ; V. de Gaulejac, 2005 ; V. de Gaulejac, F. Hanique, P. Roche, 2007).

Sociopsychanalyse

La sociopsychanalyse se décale des tentatives d'application de la théorie psychanalytique au champ du social à partir du modèle œdipien (G. Mendel, 1992), en proposant de se centrer sur l'investigation de l'impact des processus sociaux et organisationnels sur l'organisation de la personnalité et leur pouvoir de générer des régressions affectives facilitant le consentement (G. Mendel, 1998). C'est en particulier à partir d'une réflexion sur l'autorité et la notion d'« acceptepouvoir » – qui rend compte à la fois du poids de la confrontation aux rapports de pouvoir pour le sujet comme de la dimension du pouvoir fondée sur ses propres actes – que sont dégagées des hypothèses sur les rapports entre fonctionnement psychique et rapports sociaux.

Centralité du travail

Centralité du travail et théorie de la subjectivité

La thèse de la centralité du travail, soutenue en psychopathologie et psychodynamique du travail, se décale sensiblement de la thèse de l'articulation entre individuel et collectif ou encore de celle de l'intériorisation du social dans le fonctionnement psychologique défendue par la sociologie (par exemple l'« habitus » selon P. Bourdieu qui rend compte de la « structuration » de l'histoire de l'individu par le social [P. Bourdieu, 1980]), en défendant une conception dynamique des rapports entre psychique et social médiatisée par le rapport au travail. En effet, les rapports dynamiques entre souffrance et plaisir dans le travail révèlent que ce dernier peut jouer un rôle majeur dans l'économie psychique, en tant que médiateur de l'accomplissement de soi, ou

au contraire contribuer à déstabiliser les aménagements psychiques et pousser vers la maladie, quand les procédures défensives élaborées pour lutter contre l'effet déstabilisateur des contraintes organisationnelles sont entravées. En psychodynamique du travail, le rapport subjectif au travail se caractérise d'abord par le zèle, qui désigne l'intelligence mobilisée pour faire face aux résistances et imprévus rencontrés dans l'exercice du travail et qui caractérisent le réel.

Centralité du travail et rapports sociaux de sexe

La notion de *centralité du travail* a d'abord été introduite par des sociologues engagés dans l'analyse des rapports sociaux, en vue de dégager la thèse selon laquelle le travail est un enjeu matériel central qui organise les rapports entre hommes et femmes dans la société.

Le rapport social de sexe est organisé par un *rapport hiérarchique* entre le groupe social des hommes et le groupe social des femmes, dont l'enjeu principal est le travail. De la division sociale du travail entre les sexes (division sexuelle du travail) résulte l'assignation des hommes à la sphère productive du travail et des femmes à la sphère reproductive, de même que la « captation par les hommes des fonctions à forte valeur ajoutée (politiques, religieuses, militaires, etc.) ». Les principes qui organisent la division sexuelle du travail sont :

- le principe de séparation (entre travaux d'hommes et travaux de femmes) ;
- le principe hiérarchique : un travail d'homme a plus de « valeur » qu'un travail de femme (D. Kergoat, 2001).

Du point de vue du travail, les différences de pratique entre hommes et femmes ne résultent donc pas d'un déterminisme biologique, mais sont des constructions sociales résultant des rapports sociaux qui nécessitent d'être analysées à partir de la référence à la matérialité du travail. En effet, les modalités de la division sexuelle du travail ne sont pas immuables, mais varient dans l'espace et dans le temps introduisant des variations importantes dans l'attribution, comme de la qualification des tâches (masculines ou féminines) (D. Kergoat, 2000). L'apport de la sociologie des rapports sociaux de sexe à la psychopathologie permet de comprendre que l'identité singulière soit en partie dépendante de la *place occupée par le sujet dans les rapports sociaux* (D. Kergoat, H. Hirata, 1987). Le travail revêt ainsi une place centrale dans les relations de genre dans la mesure où il est l'enjeu de la domination des femmes par les hommes et apparaît étroitement intriqué à la division du travail dans la sphère privée. Travail professionnel et travail domestique ne sont donc pas des sphères imperméables mais coextensives, ce qui rend la séparation classique entre travail et hors travail caduque.

Contribution de l'économie familiale au maintien des défenses professionnelles

Il serait illusoire de penser que les effets des organisations défensives sur le fonctionnement psychique s'effacent comme par miracle quand le sujet

quitte le travail pour réintégrer la sphère privée. Le recours aux défenses engage toute la personnalité. Et pour que les défenses continuent de fonctionner, la participation de la famille est parfois nécessaire du point de vue de la santé mentale. Ces remarques impliquent que les répercussions du travail sont à envisager sur la vie de famille dans son ensemble et même sur le fonctionnement psychique des enfants. Des enquêtes de terrain montrent que l'économie familiale a comme fonction d'apporter une contribution au maintien des défenses et que la préservation de la santé des hommes au travail repose sur le travail domestique et le soutien apporté par les femmes (P. Molinier, 2004). Il est possible de mettre en évidence que grâce à leur travail de « *care* » (de soin, de vigilance, de soutien apporté au conjoint), les femmes contribuent au maintien de l'équilibre psychique des hommes, de leurs enfants et donc à la stabilité familiale. Dans certaines conditions elles sont ainsi amenées à renoncer à une part de leur autonomie, au profit non seulement du travail domestique, de l'éducation et des soins aux enfants, mais aussi du travail de leur conjoint (A.S. Wharton, 2004). Il est également possible de montrer combien les valeurs de la concurrence, de la performance, de l'individualisme en général peuvent imprégner l'éducation des enfants de ceux qui sont confrontés aux nouvelles organisations du travail (L. Gaignard, 2001). Ces travaux permettent de comprendre comment la *déstabilisation des défenses dans le champ du travail* peut avoir des répercussions non seulement dans le champ érotique et de l'identité sexuelle mais également jusque dans la sphère privée et familiale (M.P. Guiho-Bailly, 1996).

L'analyse clinique permet de dégager des modalités de transmission de l'aliénation par le travail des parents au fonctionnement psychique des enfants. Les enfants peuvent ainsi être conduits à renoncer à déployer des investissements psychiques dans des domaines et secteurs protégés par le mécanisme de la répression pulsionnelle chez les parents. Ce processus se rapproche du mécanisme « d'identification aux parents dans la communauté du déni » décrit par D. Braunschweig et M. Fain (1975) et conduit, chez l'enfant à l'impossibilité de mobiliser une activité mentalisée dans les domaines couverts par la répression pulsionnelle du ou des parents. Le recours à la violence dirigée contre le corps de l'enfant représente une autre modalité susceptible de stopper l'activité de pensée de l'enfant en vue de protéger l'économie défensive liée au travail (C. Dejours, 2001 ; V. Ganem, 2006). Ces différentes modalités relationnelles génèrent des entraves sévères dans le processus de développement des aptitudes à la sublimation de l'enfant qui reste captif de la souffrance occasionnée par le travail des parents. Dans certains cas, la normalité des parents paraît obtenue au prix de désordres psychopathologiques qui touchent l'enfant ou l'adolescent (R. Canino, 1996).

L'organisation psychique des enfants est donc tributaire du rapport subjectif établi par les parents avec le travail et de leur positionnement dans les rapports sociaux. Les postures parentales face au travail vont jouer un rôle important dans l'investissement de la scolarité et les choix professionnels des enfants en particulier au moment de l'entrée dans l'adolescence.

Adolescence et travail

C'est à l'adolescence que le paradoxe de la double centralité du travail et de la sexualité va se conflictualiser. L'adolescence est en effet la période au cours de laquelle les conflits qui organisent la construction de l'identité sexuelle vont être remis en question à travers les expériences sexuelles et les relations amoureuses d'une part, à travers la rencontre et l'expérience du travail d'autre part. L'adolescence représente ainsi une épreuve psychique spécifique qui confronte les sujets à un double mouvement de subversion :

- subversion du *déterminisme biologique* par le truchement des remaniements psychiques imposés par les transformations pubertaires ;
- subversion du *déterminisme social* des conduites dans la mesure où une partie des différenciations liées au processus identitaire en jeu à l'adolescence est tributaire des rapports sociaux de sexe. Cela suppose d'admettre que les conduites sociales, y compris les conduites sexuelles, sont socialement construites et ne dépendent pas exclusivement de la dynamique intrapsychique. Le problème pratique qui se pose alors au clinicien est de pouvoir analyser la manière dont vont se jouer les rapports dynamiques entre les déterminants intrapsychiques de l'identité sexuelle et le poids des constructions sociales.

C'est principalement à travers la dynamique des identifications que va se déployer le travail psychique de subversion des déterminismes sociaux. On peut distinguer, sur le plan théorique, deux dimensions de l'identification :

- l'*identification à* qui est vectorisée par l'amour de l'objet. Le but de l'identification est de rendre le Moi du sujet semblable à l'autre qui est pris comme modèle. C'est le processus d'identification dérivé du complexe d'Œdipe qui préside à la formation de la personnalité par assimilation des attributs des parents ;
- l'*identification par* qui renvoie à la dynamique de l'assignation de l'enfant par les adultes. La forme principale de l'*assignation* de l'enfant par les adultes est l'assignation du genre (Laplanche, 2003). Les messages qui vectorisent le processus d'assignation de l'enfant par les adultes fonctionnent comme un appel à la « traduction », c'est-à-dire à un travail psychique par l'enfant. Dans la dynamique de l'assignation qui concourt à la constitution de l'identité sexuelle, la position des parents dans les rapports sociaux *via* leur situation professionnelle va se conflictualiser avec l'expérience des rapports sociaux que fait l'adolescent de son côté. Et cette expérience va prendre des formes différenciées et non symétriques pour l'adolescent ou l'adolescente, au regard des constructions sociales organisées autour de la figure de la virilité. Les modèles de masculinité ou de féminité proposés par la société ne sont pas symétriques. Le modèle de la féminité n'existerait qu'en négatif, voué à la « discrétion » (P. Molinier, 1996). La construction de l'identité sexuelle des adolescentes reste pour une part captive de l'invisibilité indissociable des savoir-faire dits « féminins ». Pour les adolescents, la conquête de l'identité sexuelle se déploie à partir de la subversion des constructions

sociales de la virilité, laquelle représente un piège dans lequel l'identité peut se retrouver capturée (C. Dejours, 1988).

L'investissement subjectif au travail demeure un thème de recherche insuffisamment exploré par les cliniciens et les psychanalystes, qui privilégient généralement l'analyse des entraves aux investissements sublimatoires où l'inhibition est analysée comme le signe de la charge pulsionnelle excessive qui porte sur le fonctionnement cognitif (D. Marcelli, A. Braconnier, 2008). Pourtant, dans le cadre des remaniements psychiques consécutifs au « travail de l'adolescence » et du « pubertaire » (P. Gutton, 1991), le rapport au travail revêt une importance majeure au regard de la dynamique de la sublimation qui rend compte des intérêts intellectuels et des investissements psychiques mobilisés dans la recherche d'accomplissement dans le champ social.

Il apparaît que le paradoxe théorique de la double centralité peut être résolu si le travail psychique d'élaboration, décliné selon le modèle de l'*Arbeit* freudien, est compris comme la résultante au niveau intrasubjectif de la mobilisation subjective exigée par la rencontre avec le travail ordinaire (« poïésis »). Cette mobilisation subjective peut être analysée à la lumière de l'engagement spécifique du corps dans le travail.

Contribution de la clinique à l'analyse de l'intelligence au travail

www.facebook.com/Psybook

Une découverte clinique : l'engagement du corps dans le travail

Les recherches cliniques sur le travail ont contribué à mettre en évidence une forme spécifique d'intelligence développée en situation réelle de travail qui s'appuie sur la mobilisation de mécanismes psychiques contribuant au processus de « *subjectivation* » de la matière, de la machine, de l'outil, ou voire du comportement de l'autre, si l'on pense aux activités de service. La description clinique proposée par R. Linhart (1971) sur l'ouvrier et l'élaboration de son outil technique qu'est son établi en représente un des exemples les plus célèbres. À l'intelligence déployée en situation de travail on peut donner le nom d'« *ingéniosité* », en vue de mettre en évidence son caractère inventif et pratique basé sur l'expérience du travail, dont en voici quelques exemples.

Le rapport personnel et « intime » aux machines

« Dans l'entreprise, le rapport des ouvriers aux machines-outils conventionnelles sur lesquelles ils travaillent est rendu par des périphrases (images) et des comparaisons. Elles ont en commun qu'elles expriment un attachement personnel et une affinité personnelle spécifiques. On dit par exemple que les ouvriers de métier sont « mariés » à leur machine, que « l'homme et la machine » ne font qu'un, que les ouvriers lorsqu'ils parlent de leur machine, disent « ma machine » (...). Selon les termes d'un ouvrier : « un rapport personnel est nécessaire, car elle a ses caprices et la précision n'est possible que lorsqu'on connaît la machine » (F. Böhle, B. Milkau, 1998).

Le jeu de Scrabble

Une enquête réalisée dans une industrie pétrochimique a mis en évidence que les agents de conduite qui surveillent les installations en salle de contrôle ont l'habitude de jouer au Scrabble, dans les phases de fonctionnement en « régime de croisière » (C. Dejours, 1993). Cette pratique insolite sur le lieu de travail génère chez les ouvriers de la culpabilité, dans la mesure où la surveillance devrait être constante. Ils dissimulent donc cette pratique ordinaire. Il est apparu que, quand le *process* fonctionne et est bien réglé, les ouvriers s'ennuient. Cette situation d'inactivité les irrite et les angoisse. En

jouant au Scrabble, ils partagent une occupation conviviale et se calment. Le jeu de Scrabble nécessite également de prendre du temps, de la réflexion entre les coups. Pendant ce temps, l'un ou l'autre se lève et vérifie ou règle les débits ou les pressions et revient à sa place. Mais en réalité, pendant le jeu, ils « écoutent » le *process* : le bruit, les vibrations, le ronronnement des installations. Le corps est imprégné de ce bruit de fond. Et quand survient un bruit anormal, une vibration plus basse en fréquence par exemple, le corps de l'ouvrier réagit, il se lève. Alors que si les ouvriers se mettent à écouter activement le bruit, en y pensant, tous les bruits deviennent suspects. Il faut une certaine « détente » pour que les sens soient en éveil, pour s'accorder sensoriellement avec le fonctionnement des installations. Les ouvriers « auscultent » ainsi le fonctionnement de l'installation en jouant. Cette auscultation n'est possible que pour des ouvriers expérimentés, car elle ne leur a pas été enseignée ou apprise par des consignes. Mais elle peut s'apprendre au contact des ouvriers plus anciens.

Corps et travail de soin

D'autres observations cliniques tirées du travail soignant mettent en évidence l'engagement du corps des soignants dans le travail qui conditionne le développement des habiletés. Le travail de soin se caractérise par le fait qu'il consiste la plupart du temps à anticiper les besoins des patients. Avec l'expérience, les soignants sont alertés par certains signes corporels (couleur et odeur de la peau des malades par exemple) qui les avertissent de la survenue possible de complications. La manipulation répétée des corps malades modifie également leur sensibilité : les aides-soignantes disent qu'elles s'« endurecissent » en s'habituant aux odeurs, à la vue du sang. Cette sensibilité issue de l'expérience du travail les conduit à élaborer des conduites spécifiques qui peuvent passer pour incongrues, suspectes, voire contre-productives pour un observateur extérieur. En service de soins intensifs, il arrive que les infirmières ne suivent pas la règle de sécurité selon laquelle il faut, dans les soins apportés aux malades du sida, porter des gants. Cependant, cette transgression a une visée pratique et éthique, quand la mort du malade approche, retirer ses gants permet de conserver un « contact » humain et permet de lui témoigner une marque de compassion par le contact direct de sa peau (M.C. Carpentier-Roy, 1991). Au cours des toilettes et des activités avec des malades d'Alzheimer, des aides-soignantes mettent en scène des jeux relationnels en conversant avec le dément, en faisant semblant de se faire passer pour des personnes connues de leur entourage, à partir des bribes d'histoire tirées du dossier, des anecdotes données par les familles, des conduites du patient lui-même (I. Gernet, F. Chekroun, 2008). Les aides à domicile intervenant elles aussi auprès de bénéficiaires atteints de la maladie d'Alzheimer modulent et modifient leur voix derrière la porte, quand il arrive que les bénéficiaires, confus, ne les reconnaissent plus et refusent de les laisser entrer dans leur domicile, ou les accueillent prêts à les frapper avec des ustensiles (balai, casserole, canne, parapluie...). Inventer une vie aux patients, jouer à faire semblant d'être des personnes proches permet de

restaurer une symétrie relationnelle et contribue à anticiper les troubles du comportement et les émergences de la violence des patients déments.

Ces trouvailles de l'intelligence élaborées pour faire face au réel de travail qui sont caractéristiques de l'invention et de l'innovation sont également des « tricheries », des transgressions par rapport aux prescriptions qui sont spécifiques du travail ordinaire. Ces ficelles de métier se déploient le plus souvent dans la discrétion et se transmettent à l'insu des contrôles de l'activité et de la hiérarchie.

Le processus de subjectivation, qui organise les pratiques d'invention dans le travail, témoigne de la sollicitation du fonctionnement psychique à partir de l'élaboration d'un fantasme particulier : un *fantasme vitaliste* qui consiste à attribuer une « vie » et des réactions propres aux machines, à la matière. La familiarité avec la matière passe par un mouvement de « contact », de « palpation » et permet de diminuer la distance entre le sujet et l'objet de travail et de lui attribuer des significations subjectives. Au contraire, si celui-ci est perçu comme trop distant, il révèle alors son caractère étranger qui accentue l'expérience de perte de maîtrise qui découle de la rencontre avec le réel, rendant le sujet « maladroit », « incompetent ». Cette construction fantasmatique repose sur l'expérience du corps mobilisée en situation de travail qui rend possible la capacité d'éprouver les limites des machines par exemple, à partir du contact familier établi entre le corps et la machine (on « s'engage », on la « pousse » à fond, on « prend la matière à bras-le-corps »...). Le processus de subjectivation, qui concerne à la fois des objets inanimés, mais également la matière « immatérielle » comme le corps (le corps humain, mais également le corps des animaux dans le cas des agriculteurs [cf. M. Salmona, 1994 ; J. Porcher, 2002]) et la subjectivité de l'autre, se déploie à la faveur de l'expérience continue et renouvelée avec la situation de travail : on parle aux machines, aux animaux, aux malades, etc. L'innovation de modes opératoires inédits façonnés par l'engagement persévérant dans le travail peut aboutir au développement de nouvelles formes de sensibilité du corps, de sorte que le sujet se retrouve en situation d'éprouver des affects inattendus et inédits (comme dans le cas de l'ouvrier qui « aime » sa machine par exemple).

Théorie psychanalytique du corps

Pour rendre compte de la genèse de nouveaux modes de sensibilité et d'affects suscités par la rencontre avec le travail, il est nécessaire de convoquer une théorie du corps érotique – non réductible au corps biologique gouverné par les réactions physiologiques. À partir de la théorie psychanalytique, il est possible de postuler l'existence d'un « deuxième corps » formé à partir du corps des besoins physiologiques. La notion freudienne d'étayage permet de rendre compte du fait que l'économie biologique est détournée au profit de la satisfaction pulsionnelle (S. Freud, 1905). L'enfant est capable d'utiliser sa bouche, d'abord dévolue à la fonction physiologique d'alimentation, mais

aussi d'autres zones de son corps – électivement les zones érogènes – pour trouver du plaisir. Grâce à l'étiage, la pulsion se dégage au moins partiellement de l'instinct, grâce à un processus de « subversion » du biologique au profit de l'économie libidinale. Différents organes, en particulier les parties du corps qui limitent l'intérieur de l'extérieur comme les organes des sens, les sphincters, la peau, les muqueuses et les organes moteurs, concourent à l'installation du primat du désir sur le registre des besoins à partir des excitations qui s'éprouvent dans le corps. La sexualité ne serait donc pas innée, mais résulte de l'étiage des pulsions sur le registre des besoins, initié par le corps à corps entre l'adulte et l'enfant, notamment au cours des soins. La relation entre l'enfant et les adultes est organisée par la dépendance du nouveau-né vis-à-vis des soins auxquels il est livré. Cette dépendance aux soins révèle le déséquilibre qui gouverne la relation entre l'adulte et l'enfant qui se trouve dans un état de passivité. L'éveil prématuré de la sexualité se produirait sous l'effet du caractère séducteur des soins maternels déjà relevé par S. Freud (1911). Le sexuel dérive peu à peu du registre de l'autoconservation sous l'effet des soins séducteurs de l'adulte. Car ce dernier ne répond pas sur le strict registre de l'autoconservation en satisfaisant les besoins fondamentaux de l'enfant. Mais il propose à l'enfant des messages imprégnés de significations qui lui échappent, véritables messages « énigmatiques » qui portent la marque de la sexualité adulte (J. Laplanche, 1987). Ces messages compromis sont au principe de la « séduction par l'adulte ». Face à ces messages, l'enfant va chercher à traduire ce qui se passe dans son corps au cours des échanges avec l'adulte. Cette tentative de traduction correspond au *travail de liaison psychique* des excitations du corps. À partir du corps à corps entre les adultes et l'enfant va s'édifier le corps érotique, par subversion du corps biologique. Le mouvement de « décollement » du corps érotique à partir du corps biologique conserve cependant un caractère inachevé, ce qui explique que l'investissement du corps érotique soit toujours à reconquérir (C. Dejours, 2001).

La mobilisation du corps érotique dans le travail conduit à trouver une solution inédite, qui se matérialise sous la forme principale de l'*intuition*. L'activité de figuration du monde, qui résulte de l'engagement du corps dans le travail, opère donc des transformations dans la dynamique psychique et par conséquent modifie le rapport que le sujet entretient avec la réalité, ce qui fait dire par exemple à A. Giacometti : « je ne sais ce que je vois qu'en travaillant » (A. Giacometti, 1952).

La clinique de l'intelligence au travail révèle par ailleurs que les processus psychiques qui sous-tendent le développement des habiletés au travail ne peuvent être anticipés et prévus à l'avance. Le travail requiert une mobilisation du corps qui sent mais aussi qui éprouve la peur, le doute, la perplexité, le plaisir de la réussite... Ce sont les changements ressentis par le corps (bruits, odeurs, chaleur, mais aussi l'ennui) qui mobilisent la curiosité et la recherche de solution. Le corps, engagé dans la rencontre avec les objets techniques (machines, outils, instruments) tout autant qu'avec le corps et la subjectivité de l'autre est ici affecté, c'est-à-dire mobilisé au service du sens des gestes de travail. En d'autres termes, *le corps soutient*

l'intentionnalité du travail : savoir moduler sa voix pour se faire entendre des personnes âgées, le commentaire ludique des gestes techniques effectués par l'infirmière qui s'occupe d'un enfant, tout aussi bien que le réglage d'un moteur à l'oreille, requièrent du « tact » et de l'imagination, en vue de faire face aux situations inédites ou inattendues. Ces habiletés, en plus de se déployer sous la logique du secret et de la ruse, conservent la plupart du temps leur caractère implicite, de l'ordre de l'insu, de savoir-faire que l'on désigne comme « habituel » ou « naturel », car elles sont en avance sur la symbolisation sous la forme d'une représentation et d'une connaissance formalisées et mobilisables par le sujet.

L'investigation des processus psychiques qui organisent la clinique de l'intelligence au travail demande à être approfondie, notamment à partir d'une discussion théorique portant sur le statut du corps dans la métapsychologie psychanalytique. La thèse du *primat du corps dans le travail de la pensée*, à partir de la référence à la théorie de la séduction généralisée de J. Laplanche, mais aussi des théorisations psychosomatiques sur le corps érotique (C. Dejours, 1986 ; 2009), permet de rendre compte du fait que la sensibilité du corps est construite au cours des échanges précoces entre l'adulte et l'enfant, mais est aussi marquée par les impasses de la relation. La perlaboration de la souffrance issue de la rencontre avec le travail serait, pour une part, tributaire de la construction du corps érotique. Des impotences du corps résultent des malades, incapacités et défauts de sensibilité qui peuvent se révéler à l'occasion de l'épreuve du travail.

Mais l'énigme que constitue le travail peut également contribuer à enrichir le travail d'élaboration de l'expérience singulière du corps convoquée dans le développement des habiletés professionnelles et contribuer à développer de nouvelles formes de sensibilité du corps. Dans ce processus, l'inscription dans un collectif de travail peut jouer un rôle important, en favorisant les conditions à partir desquelles le sujet sera en mesure de pouvoir élaborer l'expérience du travail et d'en rendre compte (*cf. infra*).

Autres conceptions de l'intelligence en situation de travail

D'autres descriptions de l'intelligence pratique et inventive ont été proposées en dehors du champ conceptuel de la psychologie.

Approche descriptive

Une approche descriptive de l'intelligence mobilisée face aux situations inédites et face à l'imprévu a été thématisée sous le nom de *mètis* par les Grecs anciens. L'analyse proposée par Detienne et Vernant sur les caractéristiques de la *mètis* désigne des dispositions diverses comme les métamorphoses des divinités, les pièges et appâts utilisés pour la chasse ou la pêche, l'art du charpentier, la maîtrise du navigateur, le flair du politique, le coup d'œil expérimenté du médecin, mais également le retournement du renard ou la

polymorphie du poulpe qui se fond dans son environnement pour attraper ses proies (M. Detienne, J.P. Vernant, 1974). La mètis est une intelligence qui agit par ruse et par mimétisme en vue d'atteindre l'efficacité pratique.

Approche critique

Dans le cadre d'une approche critique des sciences de l'ingénieur, des chercheurs allemands F. Böhle (anthropologue) et B. Milkau (psychologue), ont développé le concept d'« *activité subjectivante* » (1998) pour rendre compte de savoir-faire et de connaissances pratiques particulières développées au cours de l'expérience de travail. Ils se sont intéressés à l'activité ouvrière dans la production, mais également dans les nouvelles technologies, en particulier dans l'utilisation de machines à commande numérique. Bien que les ouvriers soient physiquement présents dans la salle de contrôle, ils sont également présents auprès de la matière en transformation mentalement et « psychiquement » et développent un contrôle sensoriel de l'installation. Ces types de savoir-faire sont généralement désignés par le terme anglo-saxon de *tacit skills* (savoir-faire tacite) et admis de façon implicite, mais sont difficilement pris en compte dans les modélisations ou descriptions scientifiques du travail. On parle alors de « sixième sens » quand les ouvriers sont capables de deviner à l'avance les résultats de certaines mesures effectuées par les appareils. L'analyse de ces conduites montre qu'elles échappent en partie à la conscience, bien qu'elles soient intentionnelles. Les savoir-faire techniques se caractérisent par une expérience « sensible », mais aussi le développement de « sentiments » dans la manipulation des machines et la réalisation des procédures. Bien que la notion d'« activité subjectivante » se réfère à la phénoménologie de la perception de Merleau-Ponty et ne prenne pas en compte directement les processus intrapsychiques mobilisés par l'activité de travail, elle met en évidence la relation entre perception sensible et structuration de l'activité. Selon F. Böhle et B. Milkau, « la connaissance fondée sur le sentir ne s'appuie pas seulement sur un savoir théorique – ou plutôt cognitif – acquis mais s'élabore dans l'interactivité active avec l'environnement : elle est le résultat de la pratique et s'apprend dans l'action ».

En sociologie

La *connaissance par corps* (P. Bourdieu, 1997), qui est à l'origine du sens pratique, rend compte des processus cognitifs selon lesquels il existe une « foule de choses que nous comprenons seulement avec notre corps, en deçà de la conscience, sans avoir les mots pour le dire ». La référence au corps est également convoquée en vue de mettre en évidence les processus de socialisation des sensations (D. Le Breton, 2008) qui participent à la prise de conscience corporelle et organisent l'expérience singulière. Cependant, hormis les recherches issues du courant nord-américain de la sociologie des émotions (*emotion work*), les travaux de sociologie qui prennent pour objet d'étude le corps ne portent pas spécifiquement sur le travail et l'engagement du corps dans le travail. Les travaux sociologiques qui envisagent quant à

eux le rôle structurant du travail privilégient généralement une réflexion centrée sur l'action (A. Touraine, 1965), dont les fondements incarnés ne sont pas explicités.

En philosophie

Dans le champ de la philosophie, la connaissance du monde par le corps qui éprouve, dont il est question ici, est désignée comme une « *corps-proprioception* » (M. Henry, 1987). La connaissance du monde résulte d'une connaissance sensible qui ne peut se réduire aux catégories géométriques et mathématiques utilisées par la science qui cherchent à représenter et modéliser les rapports entre le sujet et le monde. Au contraire, pour le philosophe M. Henry, l'action et le travail sont une actualisation, une expression de la corpsproprioception du monde, résultant de la nature foncièrement affective de la subjectivité.

Quelle définition de l'intelligence ? Retour sur les rapports entre compétence et performance

La recherche d'une définition précise de l'engagement subjectif mobilisé par le travail s'appuie sur la description par l'ergonomie de l'écart irréductible entre le travail prescrit par l'organisation et l'activité réelle (*cf. supra*). Les savoir-faire et les compétences développées et mises en œuvre au cours de l'activité de travail échappent à la description et ne peuvent être prescrites puisque, justement, elles consistent à faire face à ce qui n'est pas prévu par l'organisation du travail. La conception du travail envisagée désigne donc avant tout un *mode d'engagement de la personnalité* dans la réalisation de tâches (professionnelles, mais aussi domestiques) préalablement définies par une organisation matérielle et sociale. Mais si la valeur sublimatoire du travail ordinaire est loin d'être reconnue dans le champ psychanalytique, on peut toutefois démontrer à l'appui de la clinique que le travail mobilise la subjectivité dans son ensemble. Les habiletés inventées dans le cadre des situations de travail révèlent la part subjective et pour une part non consciente du travail qui explique notamment que l'approche cognitive classique peine à rendre compte de l'engagement du corps dans l'activité de travail. Cette intelligence du corps est pourtant requise dans toutes les activités, industrielles, agricoles, de service ou de soin, tout comme dans la recherche et l'enseignement.

Accorder aux pouvoirs du corps érotique, à partir de la théorie psychanalytique et de la référence au travail, une place centrale dans la théorie de l'intelligence revient à défendre une conception de l'intelligence qui renverse les postulats des approches conventionnelles de la pensée en psychologie.

Dans les approches conventionnelles, c'est la référence à une épistémologie génétique qui est convoquée pour rendre compte du développement de l'intelligence par des auteurs comme J. Piaget, H. Wallon, ou L. Vygotsky.

Piaget défend un parallélisme entre la maturation biologique et le développement de l'activité mentale, à partir de l'adaptation et des différents schèmes d'action qui préparent l'activité de représentation et organisent les interactions avec le milieu (J. Piaget, 1954, 1970). H. Wallon relève quant à lui l'importance de l'acte moteur et des émotions dans la construction de l'intelligence et de la pensée (H. Wallon, 1942). Leur développement, au même titre que le langage chez L. Vygotsky, est médiatisé par la relation établie avec l'adulte. Les fonctions supérieures sont le résultat de la communication établie avec le monde environnant, à partir de l'intériorisation des signes du langage. L'intelligence est toujours, dans ces conceptions génétiques, posée comme précédant le développement des apprentissages.

L'ingéniosité révélée par la clinique du travail se distingue également de l'intelligence émotionnelle décrite dans le champ des théories de l'organisation et du management à la suite de l'ouvrage de D. Goleman (D. Goleman, 1995). Si le postulat selon lequel le QI est un indicateur peu fiable pour apprécier la performance au travail est une idée partagée par l'approche en psychopathologie du travail et les théories de l'organisation et de la gestion, des différences majeures existent. Elles concernent principalement le statut accordé à la vie psychique dans l'expérience du travail. L'intelligence émotionnelle, comme les autres modèles issus des théories de la gestion qui insistent sur le rôle des émotions et de leurs expressions pour soutenir le développement des organisations (comme dans le cas des théories du *leadership* [par exemple, J.F. Chanlat, 1990 ; 2002]), s'appuient sur une conception cognitive et neurobiologique des émotions et de l'affectivité. Ces conceptions aboutissent à une négation de l'inconscient et de la dynamique pulsionnelle de la subjectivité, des processus psychiques engagés dans la lutte pour l'identité, comme de la signification subjective des décompensations psychopathologiques.

En psychologie du travail, différents modèles proposent des hypothèses relatives aux rapports existant entre performance et compétence, où la compétence, entendue comme une capacité à résoudre des problèmes professionnels et faire un travail déterminé, précède la performance et en représente même une condition *sine qua non* (J. Merckiers, 2000). En résultent un ensemble de pratiques qui visent à apprécier et reconnaître ces compétences à travers le recours à des outils spécifiques (référentiels, profils de compétences, dispositifs de validation des acquis, etc.), dont le bilan de compétence en représente la forme la plus classique.

Les descriptions cliniques de l'intelligence en situation de travail contribuent à renverser le rapport entre compétence et performance : la performance précède la compétence et non l'inverse. La compétence serait la forme sous laquelle se capitalisent des éléments de la performance qui résulte de la gestion du décalage entre prescrit et réel. La symbolisation qui organise l'intelligence au travail est conditionnée et structurée par l'expérience affective née du rapport à la tâche. Mais il arrive que la performance ne puisse pas être transformée en compétence et soit perdue, dans la mesure où la plupart des trouvailles et ficelles déployées en situation de travail sont

accomplies sans que le sujet en prenne conscience. La principale difficulté à conceptualiser cette forme d'intelligence réside dans le fait qu'elle n'est identifiable que dans l'après-coup. Une autre difficulté réside dans le déni opposé à cette intelligence par les spécialistes de la conception et de l'organisation du travail, en raison de son caractère *invisible* d'une part et de son aspect *transgressif* d'autre part. Ces savoir-faire, qui sont souvent des ruses, supposent en effet des infractions au règlement et nécessitent d'être tenues secrètes.

Incidences psychologiques de la coordination des intelligences

Le sujet en travaillant opère des transformations du monde en produisant des biens et des services, mais il se transforme aussi lui-même en travaillant, ce qui permet de désigner le travail comme un « travail vivant ». Le travail vivant se caractérise, on l'a vu, par la formation d'habiletés individuelles qui émergent de l'expérience du corps, mais également par l'invention et l'appropriation de savoir-faire collectifs.

Comme le travail est aussi un rapport social, il suppose la « coordination » des intelligences qui préside à la formation des collectifs de travail. En d'autres termes, des relations complexes sont nécessaires pour faire advenir puis assurer la pérennisation d'un collectif de travail. Tout travailleur, même l'artisan ou le travailleur « indépendant », doit accorder son activité à un collectif de travail, lequel produit, entretient et remanie les règles de travail.

Il est possible de distinguer deux niveaux dans la coordination des intelligences : la coordination *stricto sensu* et la coopération.

– La *coordination* désigne la prescription donnée par l'organisation du travail des relations entre les individus. Les descriptions du management fournissent des éléments relatifs aux relations entre les personnes dans le sens vertical, du haut vers le bas (en précisant les relations de pouvoir, les statuts, les rôles et limites des domaines de compétences). L'implication des travailleurs est généralement recherchée par la mobilisation de références idéologiques centrées sur la « culture d'entreprise » qui visent l'engagement personnel, sans lien avec l'activité et la technique de travail. La division sociale et technique du travail qui caractérise la coordination s'avère nécessaire en fournissant un cadre de référence aux liens de coopération.

– La *coopération* désigne les liens construits entre les sujets en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune. La notion d'« œuvre commune » renvoie à la différence proposée par H. Arendt entre « travail » et « œuvre ». L'œuvre renvoie à la synthèse des activités singulières et au sens qui caractérise ces activités, par rapport à des valeurs véhiculées dans le monde social et dans le monde subjectif (H. Arendt, 1958).

Les liens de coopération mobilisent les initiatives individuelles élaborées vis-à-vis des difficultés réelles rencontrées en situation de travail. La coopération a donc une double visée : combler les lacunes de l'organisation du travail dans la description des tâches d'une part, réguler et coordonner les initiatives individuelles mises en œuvre par les différents

sujets d'autre part. La dimension d'unification portée par les liens de coopération prend la forme de « *règles de travail* » qui sont construites par les sujets d'un collectif, en vue de combler les manques de l'organisation prescrite du travail.

Règles de travail et activité déontique

La formation des règles de travail revêt une importance capitale dans le passage de la trouvaille ou de l'ingéniosité individuelle à la « technique », qui désigne un « acte traditionnel efficace » au sens de M. Mauss et d'A.G. Haudricourt (M. Mauss, 1934 ; A.G. Haudricourt, 1987). Il n'existe pas de règle de travail et de technique sans une référence à une transmission et à une tradition. Pour être intégrées à une tradition de métier, les découvertes individuelles doivent en effet :

- être intelligibles pour autrui en s'inscrivant dans la tradition ;
- être efficaces au regard du travail pour pouvoir bénéficier de la reconnaissance par les collègues.

L'analyse de la construction des règles, à partir d'enquêtes de terrain dans les métiers du BTP, de l'industrie chimique, ou encore dans les hôpitaux révèle que cette activité mobilise les expériences des travailleurs et concerne à la fois les dimensions éthiques, sociales, techniques et langagières du travail. Les règles de travail et leur transmission reposent en effet sur des formes spécifiques d'énonciation (D. Cru, 1988). À cette activité spécifique de production de règles on donne le nom d'*activité déontique*. Ces règles de métier sont le résultat d'accords normatifs sur ce qui peut être considéré comme valide, correct, juste ou légitime. Les règles de métier ne s'inculquent pas mais s'apprennent au cours de l'exercice du travail. Les travailleurs qui les mobilisent le font souvent sans y prêter attention. Les règles deviennent généralement visibles quand elles sont transgressées, quand elles ne permettent pas de traiter le problème rencontré ou encore quand sont mobilisées des règles contradictoires.

On distingue quatre formes de règles qui peuvent représenter quatre aspects d'une même règle de métier :

- les *règles techniques* qui organisent les activités et les façons de faire avec les outils, avec les matériaux utilisés, avec les procédures à appliquer, etc. Malgré leur résistance manifeste aux mesures de sécurité prescrites pour prévenir les dangers du travail, les ouvriers du bâtiment ont une connaissance implicite de ces dangers dont ils se défendent spontanément. Ces moyens de défense se caractérisent par des procédures spécifiques élaborées au cours du travail et ont été désignés comme des « savoir-faire de prudence ». Ces habiletés sont parties intégrantes des savoir-faire et de l'art du métier. Chez les tailleurs de pierre étudiés par D. Cru, c'est « l'harmonisation de la pierre aux dimensions du corps qui contient le secret de la prudence ouvrière » (D. Cru, 1985). À partir de cette connaissance subjective de la matière, rendue possible par le développement de la sensibilité au contact

répété de la pierre, les techniques de prudence (notamment dans le maniement des outils, ou la manipulation des pierres) se trouvent intégrées dans les savoir-faire techniques ;

- les *règles sociales* qui organisent les relations entre travailleurs d'une équipe et les relations avec les subordonnés ou la hiérarchie en vue de favoriser des relations compréhensives. Les règles sociales sont essentiellement caractérisées par la convivialité et le vivre-ensemble qui témoignent, malgré les différences individuelles, des intérêts communs partagés dans le travail. La convivialité, qui se déploie essentiellement dans les espaces informels (pauses café, pots et arrosages festifs...) joue un rôle majeur dans la cohésion, le maintien de la coopération et la construction de la confiance au sein du collectif de travail. La convivialité d'ailleurs est ce qui se détériore rapidement quand la discussion sur le travail est compromise (hypocrisie, méfiance, ragots...) et révèle ainsi la nécessité de conditions spécifiques (confiance et stabilité de l'équipe notamment) pour que la mise en discussion du travail et de ses règles puisse perdurer. Il arrive également qu'on ait à faire à une « convivialité stratégique » (C. Dejours, 2004), qui désigne une forme de convivialité sans solidarité. Il s'agit alors essentiellement d'entretenir de bonnes relations avec les collègues. Cette forme de convivialité se trouve généralement associée à une coopération réduite à la recherche de compatibilités entre collègues. Ce type de configuration récent semble être une production spécifique de la culture des cadres dans les entreprises multinationales ;

- les *règles langagières* qui organisent les pratiques langagières et permettent l'intercompréhension au sein du collectif. Elles prennent la forme du vocabulaire et jargon de métier, des mots techniques, des néologismes qui représentent un obstacle à la compréhension pour ceux qui ne partagent pas l'expérience du travail. Le vocabulaire de métier permet de faire l'économie des explications complexes et permet une intercompréhension rapide entre gens de métier (J. Boutet, 1995). Son inconvénient majeur est la condensation des idées et l'économie de la pensée sur l'activité et l'expérience du travail, qui apparaissent alors comme « naturelles » ou « habituelles » aux travailleurs ;

- les *règles éthiques* qui concernent les valeurs communes et les normes de référence qui organisent l'activité. La dimension éthique renvoie essentiellement à la discussion sur ce qui est juste ou injuste au regard d'une situation de travail spécifique. L'activité seule peut en effet être mobilisée au service du bien (sauver des vies) ou du mal (donner la mort). L'analyse du travail révèle au contraire que les critères de justice et d'injustice ne peuvent se décréter de l'extérieur, mais trouvent leur rationalité à partir de la discussion contradictoire menée avec les collègues de travail. Une activité peut ainsi s'avérer efficace et pourtant susciter de la souffrance, du fait du conflit généré par la réalisation d'actes que l'on réprouve moralement (L. Gagnard, A. Charon, 2005). Ce type de conflit est à l'origine de la souffrance éthique qui désigne la souffrance ressentie par rapport à son sens moral, du fait de ses propres actions (C. Dejours, 1998).

Formes et conditions de possibilité de la coopération en situation de travail

Formes de coopération

On distingue du point de vue théorique trois formes de coopération :

- une *coopération horizontale*, entre pairs, c'est-à-dire entre ceux qui font le même travail ;
- une *coopération verticale* entre les salariés et la hiérarchie. Si les accords entre les membres d'un collectif sont importants, ils sont loin d'aboutir toujours à un consensus stabilisé. Des arbitrages par la hiérarchie sont nécessaires pour garantir la stabilité de l'organisation du travail. Cependant, ces arbitrages sont reconnus comme rationnels et structurants par les équipes, quand ils sont prononcés par rapport à la connaissance du réel du travail ;
- une *coopération transverse* avec les clients ou bénéficiaires du travail (C. du Tertre, 2002).

Mise en visibilité du travail et caractéristiques de l'espace de délibération

La coopération repose sur des règles de travail qui sont construites par celles et ceux qui travaillent ensemble et contribue à subvertir l'organisation prescrite du travail. Mais le travail, pour faire l'objet de discussions, doit être rendu visible bien qu'il se caractérise par son invisibilité, du fait de l'engagement subjectif qu'il suppose. C'est essentiellement en passant par la parole des sujets qu'il devient possible d'accéder au vécu subjectif du travail. Admettre que les conduites subjectives sont organisées par une rationalité spécifique (*rationalité subjective* ou *rationalité pathique*) ne suffit pas à les rendre visibles, mais suppose qu'elles puissent se découvrir dans l'espace social quand certaines conditions sont réunies. La gestion des écarts qui existent entre l'organisation prescrite du travail et l'organisation réelle nécessite la formation de compromis entre les points de vue différents sur l'exécution des tâches, les méthodes et l'organisation du travail. La construction de ces compromis passe par la confrontation des arguments formulés par tous ceux qui sont engagés dans l'exécution du travail, au sein des espaces formels, comme les réunions d'équipe ou les *staffs*, mais également des espaces informels qui soutiennent les formes de convivialité. La confrontation des opinions requiert des conditions d'intercompréhension et une mobilisation subjective des travailleurs dans la confrontation au sein d'un « espace public » spécifique (J. Habermas, 1981) appelé « espace de discussion » ou « espace de délibération ».

L'« *espace de délibération* » désigne un temps pendant lequel les gens confrontent leur point de vue sur la manière de travailler, les différents « aménagements » qu'ils ont trouvés pour ruser avec le réel. Cet espace de discussion formalise un cadre interne à l'entreprise ou l'institution pour la confrontation : on y parle essentiellement de questions relatives à la

pratique contrairement à ce qui est privilégié dans des groupes de parole ou de supervision classiques. En effet, ce n'est pas l'interprétation des faits rapportés au transfert et au contre-transfert qui est mise en avant, mais les règles communes issues d'une *technique de travail partagée*. La confrontation des opinions peut ainsi conduire à faire évoluer, à partir de la construction des règles de travail, les prescriptions de l'organisation du travail qui s'imposent à tous. Pour travailler collectivement, il s'agit de stabiliser certaines trouvailles ou ruses de l'intelligence pratique et d'en rejeter d'autres. Toutes les inventions n'ont pas le même statut au regard du travail, c'est-à-dire qu'elles n'accèdent pas toutes au statut de règles de métier. Sans la validation par le collectif, la trouvaille, qui se caractérise toujours par sa dimension transgressive vis-à-vis de l'organisation prescrite du travail, risque de passer pour une erreur technique qui appellerait une sanction. C'est parce que les découvertes de l'intelligence rusée peuvent être intégrées dans les règles de travail et donc faire évoluer ces mêmes règles, que l'organisation du travail peut être transformée.

Dans le processus de délibération, il faut que chacun puisse être en mesure d'expliquer comment il procède et de ce fait de montrer ses insuffisances, ses limites et parfois ses échecs, ce qui fait de la délibération sur le travail une activité risquée sur le plan subjectif, pour ceux qui s'y engagent. Le risque ne peut être pris que si existe la *confiance* dans les autres. Cette forme d'intelligence délibérative contribue par ailleurs à renouveler la conception de la *responsabilité*. En effet, la participation à la délibération engage le sujet vis-à-vis d'autrui, il est responsable de ses actes vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis des autres. La responsabilité dans le cadre du travail ne peut pas rester une question cantonnée à la sphère individuelle mais devient alors une question collective et partagée entre collègues. Cette analyse contribue dès lors à proposer des interprétations sensiblement décalées des phénomènes de violence ou de maltraitance aux personnes dans l'exercice du travail qui mobilisent de nombreux professionnels. Face aux difficultés du travail, chacun élabore des compromis, et des ajustements par rapport aux modes opératoires prescrits, ce qui génère inévitablement des contradictions entre les personnes. Quand les difficultés ne sont plus référées au travail mais à des divergences de personnes, l'autre est identifié comme responsable du travail mal fait et des risques encourus. Par ailleurs, la capacité d'inventer, de trouver des solutions et de profiter des marges de manœuvre dans un contexte d'augmentation de la charge de travail peut rapidement se trouver détériorée quand on se trouve isolé. Le risque d'apparition de la violence est majoré, lorsque les possibilités d'intercompréhension sont ruinées. Des enquêtes, dans le milieu hospitalier, mais aussi dans le milieu industriel, montrent en effet que l'émergence d'actes de violence entre collègues, d'actes contre les usagers ou de sabotage contre les installations, est associée à la déstructuration du collectif qui s'accompagne de l'isolement d'un ou plusieurs travailleurs (C. Dejours, 1992 ; 2007 ; P. Molinier, 1999). La prévention de la violence apparaît donc d'abord liée à la qualité de la délibération sur le travail. L'intelligence commune d'une situation est toujours

mutative par rapport à la situation singulière, en permettant, à travers la délibération, de relancer l'élaboration sur les contradictions issues de l'organisation du travail.

Coopération entre désir et volonté

La coopération et la construction des règles de métier supposent une contribution active en échange de laquelle les sujets attendent une rétribution symbolique à la base de la reconnaissance et de l'appartenance au collectif de travail. Cette contribution repose sur un effort psychique constant et renouvelé qui préside à la formation de la *volonté de coopération* en situation de travail. La rétribution attendue est essentiellement symbolique : en échange des efforts déployés, des risques encourus, de l'intelligence mise en œuvre et de la souffrance ressentie dans l'exercice du travail, les sujets attendent une *reconnaissance*.

À ce terme de reconnaissance, d'utilisation fréquente dans les milieux de travail, en particulier dans les pratiques de management, on peut cependant donner une définition précise. La reconnaissance est entendue au sens du constat de la contribution des sujets à l'organisation du travail, qui entraîne simultanément une reconnaissance des limites et des insuffisances de cette même organisation du travail. Une autre dimension de la reconnaissance concerne la gratitude de la part des collègues de travail, de la hiérarchie et des clients/bénéficiaires (qui n'est pas toujours donnée). Bien qu'elle se caractérise essentiellement par sa dimension symbolique et subjective sous la forme d'une rétribution psychologique, la reconnaissance bénéficie également de formes matérielles de rétribution comme les primes, l'avancement ou les salaires. Cependant, il s'avère difficile, voire impossible, de dégager un rapport proportionnel entre l'investissement psychique du travail qui alimente la contribution apportée par un sujet et les résultats objectifs du travail récompensés sous la forme monétaire.

La reconnaissance comme rétribution morale ou symbolique s'appuie essentiellement sur des appréciations qualitatives du travail qui portent sur :

- l'*utilité de la contribution* (technique, sociale, économique) à partir de jugements formulés essentiellement par la hiérarchie et les clients (*jugement d'utilité*) ;
- la *conformité du travail* avec les règles de l'art et du métier, formulée par les pairs (*jugement de beauté*). La reconnaissance de la qualité du travail est toujours indexée au rapport au réel, c'est-à-dire que ce sont les membres du collectif de travail qui sont les plus à même de juger de la qualité de la relation individuelle que chacun entretient avec la tâche à accomplir et de la manière dont les habiletés singulières sont engagées et mobilisées pratiquement. Ce type de jugement, socialement formulé, est plus sévère et plus exigeant et tient un rôle important dans l'accomplissement de la dynamique de la sublimation. Ce jugement formulé par les pairs confère

une rétribution au sujet en lui reconnaissant les qualités relevant de sa communauté d'appartenance et relève ce que le sujet possède de commun avec les autres. Le jugement de beauté comporte aussi un second volet qui, au-delà des qualités communes, reconnaît l'originalité et la différence par rapport aux autres, ce qui lui octroie en propre son « identité », c'est-à-dire ce par quoi le sujet n'est identique à nul autre.

La dynamique de la reconnaissance joue un rôle majeur pour l'identité, en ce qu'elle confère au travailleur son appartenance à un collectif de travail, à une communauté régie par des règles et des valeurs. La reconnaissance du travail ne dépend donc pas que de moyens matériels, mais engage l'attention portée à la *valeur* et au *sens* du travail (I. Gernet, C. Dejours, 2009).

Considérer la reconnaissance comme un processus dynamique complexe permet d'analyser les enjeux psychiques des déficits, voire parfois des dénis de reconnaissance. La dynamique de la reconnaissance recèle également des ambiguïtés. Quand elle porte sur la personne, la reconnaissance peut être contre-productive en générant des sentiments d'injustice parmi les travailleurs. En étant découplée du rapport au réel à partir de l'expérience du travail, la reconnaissance comporte un risque de dérive imaginaire et d'aliénation subjective. Dans le contexte contemporain de travail, marqué par les pratiques d'évaluation individuelle des performances, l'exacerbation du chacun pour soi qui fragilise la solidarité entre collègues peut amputer ou dans certains cas « dévoyer » la psychodynamique de la reconnaissance. Certaines pratiques de « management par la reconnaissance » par exemple qui convoquent l'engagement des travailleurs à travers l'identification de leurs qualités personnelles, de leur présentation de soi, ou de leurs réseaux de collaboration sont des pratiques qui comportent le risque d'aliénation subjective dans des formes de reconnaissance déconnectées du travail réel (S. Voswinkel, 2007 ; H. Kocyba, 2007).

Retour sur la théorie de l'identité

Les rapports entre reconnaissance et identité sont de nature indirecte et toujours médiatisés par le travail. La reconnaissance porte d'abord et spécifiquement sur le travail, sur le *faire*, à travers la formulation de jugements sur la qualité du « travailler » et des modes opératoires déployés. Ces jugements qualitatifs peuvent être dans un second temps rapatriés dans le registre de l'*être* et représenter alors un gain pour l'identité du sujet.

L'identité n'est jamais définitivement stabilisée et reste incertaine, incomplète, marquée par les failles et vulnérabilités liées à l'histoire individuelle. Tenir son identité uniquement de soi-même représente un défi et un horizon difficile à atteindre. C'est pourquoi, l'identité, pour être stabilisée, a besoin de confirmation par le regard de l'autre. Cet aspect dynamique et intersubjectif qui fonde le sentiment d'identité revêt une importance majeure et a été identifié de manière spécifique par la sociologie et l'approche psychosociologique depuis les travaux d'A. Mucchielli (1986). Du point de vue clinique, toute décompensation psychopathologique est

révélatrice d'une crise d'identité qui signale la fragilisation du Moi et de ses limites. Le paradigme de la crise d'identité est représenté par l'adolescence (E.H. Erikson, 1974), où les transformations du corps liées à la puberté suscitent des remaniements psychiques majeurs et mettent à l'épreuve le sentiment de continuité et d'unité du sujet.

L'apport de la clinique du travail à la théorie de l'identité en psychopathologie du travail repose sur une conception dynamique des rapports entre le rapport au réel constitué par le travail, autrui et le sujet. C'est F. Sigaut, anthropologue du travail et spécialiste de la technique, qui a proposé une formalisation du triangle de la dynamique de l'identité sous la forme : Réel-Ego-Autrui (F. Sigaut, 1990) (figure 6.1).

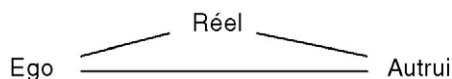


Figure 6.1

Dynamique de l'identité (d'après F. Sigaut).

Le sujet peut construire son identité si les trois pôles, réel, ego, autrui restent liés : chaque sujet partage avec les autres l'expérience d'une même réalité. L'identité, au contraire de la personnalité, n'est jamais définitivement stabilisée. Pour être conforté dans son identité, le sujet (ego) a toujours besoin du regard de l'autre (autrui). Mais la construction de l'identité et l'accomplissement de soi passent aussi nécessairement par une médiation, à savoir le rapport au réel.

À partir de la clinique du travail, la formalisation de F. Sigaut sur la dynamique de l'identité est représentée sous la forme suivante : Tâche-Souffrance-Reconnaissance (figure 6.2).

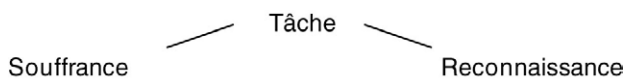


Figure 6.2

Dynamique de l'identité en psychodynamique du travail.

Sigaut a également décrit trois formes d'aliénation, dont seule la première fait l'objet d'une reconnaissance dans le champ de la psychopathologie :

- *l'aliénation mentale* : le sujet est coupé du réel et d'autrui. Il a donc perdu le rapport avec le réel, habituellement entretenu par l'exercice du travail, mais il est également en situation de solitude ;
- *l'aliénation sociale* : le sujet est condamné à la solitude, parce qu'il est coupé de la relation avec autrui, c'est-à-dire qu'il ne peut obtenir aucune reconnaissance par autrui de la relation qu'il entretient pourtant avec le réel du travail. Le rapport au réel du sujet s'avère incompréhensible pour les autres, comme dans le cas du génie méconnu ou du « savant incompris ».

Cette position est extrêmement délicate du point de vue de l'économie psychique. Soit le sujet est conduit à douter de la vérité de son rapport au réel, ce qui le conduit à douter de lui-même et de son identité. Soit il maintient à tout prix sa conviction mais en ne s'autorisant que de lui-même : le risque est ici de verser dans la mégalomanie puis dans la paranoïa (transformation du sentiment d'injustice en sentiment de persécution) ;

- *l'aliénation culturelle* : elle survient lorsque la reconnaissance entre le sujet et autrui est constituée, mais que la relation qu'ils entretiennent avec le réel est perdue. D'après F. Sigaut, cela signifie que l'impératif de solidarité entre les membres du groupe social est placé au-dessus de la prise en compte du réel. La reconnaissance se joue alors dans l'illusion, qui peut s'observer dans certaines communautés ou institutions de travail, par exemple quand l'état-major a perdu les liens et la communication avec sa base, ou quand une administration a rompu le lien avec ses administrés, ou encore dans certaines situations quand l'encadrement est satisfait alors que sur le terrain la situation ne cesse de se dégrader. Les sectes représentent un autre exemple d'aliénation culturelle.

Ces modélisations sur les rapports entre réel, ego et autrui permettent d'insister sur le rapport au réel qui est capital dans la lutte contre l'aliénation et la décompensation psychopathologique. La lutte contre l'aliénation ne se joue pas seulement dans la sphère intrapsychique, mais elle implique nécessairement le rapport à autrui, dans le registre de l'intersubjectivité. L'essentiel de la clinique en psychopathologie du travail se déploie dans le champ de l'aliénation sociale, c'est-à-dire des situations où le rapport entre un sujet et le réel de travail fait l'objet d'une non-reconnaissance, voire parfois d'un désaveu par autrui. Sur le plan clinique, quand l'investigation est séparée du contexte de travail, il est souvent difficile de distinguer l'aliénation sociale de l'aliénation mentale.

Reconnaissance et coopération en situation de travail revêtent donc une importance majeure au regard de la dynamique de l'identité et de la préservation de la santé mentale. La reconnaissance contribue à révéler le sens de la souffrance issue de la résistance à la maîtrise et de l'expérience de l'échec suscitées par la confrontation avec le travail. La rétribution symbolique conférée par la reconnaissance peut contribuer à transformer la souffrance en plaisir en favorisant les attentes subjectives vis-à-vis de l'accomplissement de soi dans le champ social. Ici commence le domaine de la sublimation, en tant qu'« activité socialement valorisée » (S. Freud, 1915).

Renoncement et sublimation

Pour le clinicien qui s'intéresse au travail, il s'agit de comprendre comment le processus de la sublimation doit pouvoir bénéficier de conditions sociales et éthiques pour se déployer. Entre les « intérêts du Moi » et la coopération, qui organise le « vivre ensemble », vient s'intercaler un ensemble de processus psychiques qui visent à « détourner » le pulsionnel vers l'intérêt collectif. Ce travail sur le pulsionnel repose en particulier sur l'activité de traduction

des messages (J. Laplanche, 1987) « adressés » au sujet, sous la forme des jugements formulés par les autres sur le travail. Ces jugements confèrent au changement d'objet de la pulsion son caractère « socialement valorisé ». La substitution de l'activité socialement utile à l'objet initial de la pulsion n'est pas spontanée et nécessite d'être reconquise de manière répétée par le sujet à partir de son inscription dans les rapports sociaux de travail. L'aboutissement de la dynamique de la désexualisation de la pulsion qui se joue dans le registre intrapsychique dépend des conditions sociales de validation de la sublimation. Ces conditions requièrent l'existence d'une communauté d'appartenance qui formule les jugements de reconnaissance du travail. L'atteinte de la sublimation en situation de travail comporte un risque pour la santé mentale, du fait de la mise en impasse de l'ingéniosité, mais également du fait de la déstructuration de ses ressorts collectifs et des formes de coopération dans le contexte des nouvelles méthodes d'organisation du travail.

En situation de travail, le problème posé par la clinique de la coopération est celui de la coordination des individus et de leurs intelligences rusées singulières respectives. Ce type d'*intelligence collective* ne peut en effet pas s'analyser avec le concept d'ingéniosité ou de mètis. Mais il demande de se référer à une autre forme d'intelligence identifiée, depuis Aristote, sous le nom de « phronèsis » ou de « sagesse pratique ». On peut, à la suite d'Aristote distinguer les vertus intellectuelles (la sagesse, la prudence) et les vertus morales (la libéralité et la modération) (P. Ladrière, 1990). Le désir qui caractérise la part irrationnelle du sujet n'accède à la vertu que s'il parvient à un juste milieu, en devenant « raisonnable ». Le juste milieu n'est jamais situé définitivement mais varie selon les situations et les personnes. La sagesse pratique contribue à éviter les excès comme les défauts par l'intermédiaire du recours à la délibération. La recherche de la vérité devient possible par l'intermédiaire de décisions. C'est dans la délibération conclue par la décision qui oriente l'action que s'accordent la sagesse et le désir.

Les incidences psychologiques de la coopération se condensent dans l'épreuve psychique représentée par la limitation du désir individuel et de l'intelligence singulière, en vue de favoriser et pérenniser la dynamique du collectif de travail. Cette situation génère, sur le plan psychique, un conflit spécifique entre deux tendances inconciliables :

- la recherche du plaisir au travail par la mobilisation de l'ingéniosité individuelle ;
- le renoncement qui impose des limitations aux satisfactions pulsionnelles.

Le *renoncement pulsionnel* est en effet présenté par Freud comme une des conditions de la sublimation et du travail de culture, dont il situe l'origine dans le sentiment de culpabilité. On renoncerait à satisfaire ses pulsions pour ne pas perdre l'amour des parents. En effet, l'angoisse la plus importante pour Freud serait l'angoisse devant la perte d'amour dans le contexte œdipien. On renoncerait à vouloir satisfaire les désirs œdipiens, à vouloir remplacer le père, par peur de perdre son amour, ainsi que celui de la mère. Cette angoisse de perte d'amour serait au fondement de la constitution de la

conscience morale. Le renoncement pulsionnel serait le processus psychique par lequel il devient possible de se dégager des sentiments alimentés par le désir pulsionnel comme l'envie, la rivalité, la jalousie, etc. En renonçant à la satisfaction immédiate du désir inconscient, un gain de plaisir serait possible dans un second temps, du fait de l'accès à la dimension de la culture et de la sublimation. À partir de la clinique du travail, il est possible de dégager trois caractéristiques essentielles du renoncement (C. Dejours, 2009) :

- il est suspendu à la connaissance de la subjectivité de l'autre, en imposant une suspension des exigences pulsionnelles, en vue de la reconnaissance des aspirations des autres membres du collectif de travail ;
- il ressortit à l'investissement pulsionnel spécifique de la pensée, dans la mesure où le renoncement, en tant qu'il suppose le sacrifice d'une partie des aspirations personnelles, s'oppose à la satisfaction sexuelle et se révèle coûteux pour l'économie psychique ;
- il est ouverture à la sublimation (au sens restreint du terme) en favorisant l'accès à la dimension culturelle (*Kulturarbeit*).

La clinique du travail conduit également à renouveler la discussion portant sur le statut de la *conscience morale*. Le problème théorique posé par la clinique du travail se présente en effet sous le paradoxe suivant :

- les contradictions entre le travail et les valeurs morales sont une source majeure de souffrance dans le travail (souffrance éthique) ;
- le travail peut conduire à faire l'expérience de la trahison des autres, de l'humiliation, de la manipulation, de la menace de l'emprise, etc. sans toujours occasionner de la souffrance et sans que cela soit incompatible avec la dynamique de la reconnaissance.

Les formes de coopération défensive élaborées pour se défendre contre la peur et la souffrance se caractérisent en effet par un engourdissement et des distorsions électives de l'activité de la pensée. Dans les cas de radicalisation des défenses qui accompagnent la déstructuration des liens de coopération basés sur la délibération, la cohésion collective organisée autour de la recherche d'un « ennemi commun » ou d'un bouc émissaire, peut aboutir à la violence et à la participation des individus à des actes moralement répréhensibles.

Ce paradoxe révélé par la clinique impose d'analyser les rapports existants entre pulsion, souffrance et constitution du sens moral, en vue de dégager les conditions de possibilité d'un exercice moral individuel pouvant prendre la forme d'une *autonomie morale subjective* (P. Pharo, 1996). Dans la théorie psychanalytique, la genèse de la conscience morale est située dans la formation des instances morales, dont le Surmoi est le représentant majeur. Le rôle dévolu à la conscience morale est de tempérer les émergences pulsionnelles, notamment agressives, en vue de favoriser le respect par le sujet des contraintes et des restrictions imposées par le processus culturel et la vie en société. Mais l'instance morale du Surmoi conserve des racines pulsionnelles (issu du Ça), ce qui lui confère son caractère cruel (déchaînement du Surmoi dans la névrose obsessionnelle par exemple) et finalement amoral.

Par conséquent, les ressorts psychiques du sens moral ne se trouveraient pas dans le Surmoi, mais dans l'exercice de la pensée préconsciente. Ici se trouve posé le problème théorique du clivage, qui correspond à la coexistence de deux attitudes opposées au sein d'un même sujet qui ne s'influencent pas mutuellement. Le clivage se caractérise, sur le plan métapsychologique par la coexistence de deux secteurs de la vie psychique : l'un ouvert à l'exercice de la réflexion morale et du travail de la pensée ; l'autre où l'exercice moral est suspendu et autorise le sujet à apporter son concours au malheur et à la souffrance d'autrui. Les questions posées par la clinique du travail interrogent donc de manière centrale les ressorts psychiques de l'« *aptitude à la civilisation* » d'une part, (S. Freud, 1915) et de l'*émancipation individuelle* d'autre part, à partir des destins de la souffrance et des stratégies élaborées pour s'en protéger et préserver ainsi la santé mentale.

Analyse différentielle de la souffrance au travail chez les hommes et chez les femmes

Travail et défenses

La prise en compte de la *division sexuelle du travail*, ainsi que les enjeux psychiques du travail, permettent de comprendre que l'expression de la souffrance chez les hommes et les femmes, comme les manières de se protéger de la souffrance, ne sont pas similaires.

Les descriptions des stratégies collectives de défense dans les métiers masculins du bâtiment ont contribué à mettre en évidence le rôle de la *virilité sociale* dans la lutte contre la peur, rendue possible par le recours à un déni de perception entretenu collectivement. La virilité sociale contribue à la mise en place et à l'entretien du déni à partir de l'exaltation virile qui fonctionne comme une véritable *compensation narcissique* vis-à-vis de la souffrance suscitée par la rencontre avec le travail. La virilité remplit un rôle majeur dans la suspension de la peur du fait de son efficacité symbolique. La référence à la virilité contribue non seulement à engourdir la perception de la peur, mais son efficacité symbolique se révèle également extrêmement puissante pour anesthésier le sens moral. À partir du repérage de formes de cynisme viril chez les cadres par exemple, il devient possible de comprendre que certaines activités puissent revêtir une valeur symbolique valorisée socialement, même s'il s'agit de commettre l'injustice et d'infliger la souffrance au nom du « courage viril ». Dans le monde du travail salarial, comme dans l'espace privé, les activités qui confrontent à la vulnérabilité et au corps apparaissent toujours comme susceptibles de fragiliser les positions organisées par la virilité et sont déléguées aux femmes. Sur ce point, les travaux récents consacrés à l'« *éthique du care* » proposent des pistes de réflexion originales (P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, 2009 ; V. Nurock, 2010 ; M. Garrau, A. Le Goff, 2010).

L'analyse du travail infirmier a contribué à mettre en évidence des formes de coopération au féminin, à partir de la mise en évidence de règles de métier et des stratégies collectives de défense élaborées par des femmes (P. Molinier, 1995). Les recherches en psychopathologie et psychodynamique du travail n'avaient pas permis auparavant de repérer des modes de coopération spécifique aboutissant à la formation de collectifs de métier féminins, du fait de l'absence de prise en compte des rapports sociaux de sexe. Dans

le cas des ouvrières spécialisées, l'existence du collectif n'existerait qu'en période de lutte et les groupes professionnels féminins se caractériseraient plutôt par leur aspect « atomisé », dispersé et traversé par « une intense concurrence interindividuelle » (D. Kergoat, 1988). Le refus de s'identifier à un collectif de femmes, associé à des mouvements d'autodévalorisation, a été reconnu comme le résultat de la reproduction des rapports sociaux de sexe. Pour les chirurgiennes, l'intégration dans l'équipe chirurgicale – auprès des chirurgiens et auprès des infirmières – passe par l'adoption de « justes comportements de genre ». Comme les infirmières des blocs opératoires qui s'intéressent à la vie privée du chirurgien, il est attendu qu'une chirurgienne s'enquière des conjoints et enfants des infirmières. Dans le cas contraire, elle sera « taxée de froideur, de snobisme ou d'indifférence », alors que le manque d'intérêt manifesté par un homme ne sera pas ressenti comme tel (J. Cassel, 2001). Contrairement à ce qui a été mis en évidence dans les collectifs masculins, les femmes, dans les situations de travail qui confrontent à la vulnérabilité et à la souffrance, ne peuvent se défendre en opposant un déni de perception à cette vulnérabilité. Cela reviendrait en effet à nier sa propre vulnérabilité ce qui s'avère incompatible avec la poursuite du travail, du point de vue de son sens comme de son efficacité, en particulier quand celui-ci exige de prendre soin et se « soucier » de l'autre. Les défenses féminines visent à conserver un rapport au réel du travail qui se caractérise toujours par des situations ambiguës et génère inévitablement des conflits de rationalité. Le travail, en tant qu'il contribue à l'acquisition de savoir-faire particuliers, suppose de ne pas pouvoir nier vulnérabilité ou faiblesses bien qu'il soit réalisé majoritairement par des femmes. Les savoir-faire considérés comme naturellement « féminins » résultent en réalité de remaniements psychiques secondaires au travail qui impliquent l'expérience singulière du travail et la coopération (P. Molinier, 2000). En d'autres termes, les compétences « féminines » comme la patience, la gentillesse, la sensibilité ou l'émotivité dans le contact avec les clients ou les patients se révèlent être des compétences déployées à partir de l'expérience et de la familiarisation avec les tâches à accomplir d'une part, mais sont également tributaires de l'existence d'un collectif organisé par des règles de métier d'autre part. On peut par exemple entendre dire que les « jeunes » infirmières ou sages-femmes sont moins attentives, moins patientes que les « anciennes ». Face aux contraintes organisationnelles, ces attitudes professionnelles attendues ne peuvent être déployées au quotidien que si existe une coopération entre les professionnelles permettant de résoudre les contradictions ou les ambiguïtés résultant des prises en charge des patients.

L'asymétrie des positions dans les rapports sociaux entre hommes et femmes a des incidences sur la santé mentale du fait de l'invisibilité des savoir-faire féminins (que l'on peut rassembler sous le terme de *care*) qui pâtissent d'un déficit de reconnaissance. Ces savoir-faire se caractérisent en effet par leurs qualités « discrètes », dans la mesure où ils consistent à anticiper et soulager les besoins d'autrui et deviennent visibles seulement quand

ils échouent ou ne sont plus réalisés (J. Pinto, 1990 ; P. Molinier, 2006). Des savoir-faire comme le tact, l'empathie, la sollicitude et la disponibilité à l'égard d'autrui sont généralement « naturalisés » et identifiés comme des attributs « féminins ». Ils sont dès lors renvoyés au registre de « l'être » au lieu de se capitaliser dans le registre de l'identité sous la forme de qualifications et compétences issues de l'expérience du travail. En d'autres termes, certaines expériences de travail, du fait de la division sexuelle du travail, ne bénéficient pas du vecteur symbolique de la virilité pour se capitaliser dans le registre identitaire.

Incidences des rapports sociaux de sexe sur l'identité sexuelle

Les catégorisations de « classe » et de « sexe » élaborées par la sociologie du travail contribuent à remettre en question la conception psychanalytique des différences psychiques entre hommes et femmes référées exclusivement à la psychosexualité et au modèle psychanalytique de la différence des sexes. Il existe ainsi une tension entre la définition de l'identité sexuelle par les sciences sociales d'une part et par la psychologie clinique et la psychanalyse d'autre part. Du point de vue de la théorie sociale, l'identité sexuelle désigne une orientation sexuelle (hétéro, homo...) influencée par l'appartenance à un groupe défini par son genre. Le terme de genre (*gender*) introduit dans les années 1970 par les féministes, vise à rendre compte des caractéristiques attribuées aux hommes et aux femmes qui sont construites socialement (C. Delphy, 2001).

En psychologie clinique et en psychanalyse, l'identité est singulière, mais l'identité sexuelle est foncièrement dépendante de l'assignation de genre réalisée par les parents et l'entourage. Les travaux de Roiphe et Galenson (1987) portant sur des jeunes enfants de dix-huit mois à trois ans montrent que face à la perception de la différence anatomique des sexes, garçons et filles vont réagir de manière différente. Les petites filles reconnaissent la différence et vont manifester des symptômes de nature dépressive qui seraient le témoin du travail psychique de symbolisation initié par cette découverte se traduisant par des jeux et des mises en scène élaborées face au constat de la différence anatomique (réaction de castration). Dans le même temps, elles manifestent des peurs de perte d'objet et des préoccupations autour de l'intégrité corporelle. Chez les garçons, les perturbations ne seraient pas aussi franches. Ils se défendraient eux contre l'angoisse de castration, par le mécanisme du déni (nier une perception de la réalité) et par le déplacement (changement d'objet d'angoisse). Les garçons tenteraient donc de nier la différence anatomique et l'expérience de la castration, par la mise en place de défenses psychiques, alors que les filles reconnaîtraient cette différence.

Ces travaux proposent une alternative à l'opposition binaire entre masculin et féminin qui résulte de la théorie de la différence anatomique des sexes formulée par S. Freud à partir de la dynamique œdipienne.

La confrontation des enfants à la perception de la différence anatomique suggère que cette découverte de la différence ne se caractérise pas comme une expérience sexuelle qui va fonder des destins psychiques différenciés entre masculin-phallique et féminin-castré, mais qu'elle fonctionne plutôt comme une énigme excitante pour les deux sexes. Que signifie le fait d'avoir un corps sexué, d'être un garçon ou une fille au regard de l'embarras des adultes pour répondre à cette question ? La différence serait située, non pas dans l'anatomie, mais dans la manière d'interpréter et de traduire psychiquement cette énigme. Le travail de symbolisation par l'enfant garçon ou fille, serait en partie tributaire de la manière dont les adultes eux-mêmes répondent à la curiosité de l'enfant. Les réponses des adultes ne sont pas réductibles au discours conscient formulé sur les différences existant entre les hommes et les femmes, mais sont infiltrées par leurs fantasmes et les résidus de la sexualité infantile. Ce travail psychique de symbolisation par l'enfant pourra bénéficier de nouvelles formes de traduction notamment au moment de l'adolescence, du fait de l'engagement dans les rapports sociaux de travail et du choix professionnel (cf. *supra*).

L'expérience du travail, comme l'expérience du réel de l'inconscient confrontent le sujet à l'impuissance, à la défaillance et aux limites de la maîtrise. Mais la clinique du travail révèle que le rapport au réel est « genré », du fait du traitement différent de la différence anatomique des sexes par les constructions sociales qui définissent deux types d'identité. La manière dont les hommes et les femmes traitent la différence des sexes aboutit à structurer leurs modalités de pensée. L'homme s'engage dans les rapports sociaux, conforté par le discours de la maîtrise, soutenu par le déni de l'échec et de l'impuissance. La femme entretiendrait d'emblée un rapport au réel plus véridique. La disposition au déni du réel qui sous-tend les stratégies de défense des collectifs masculins s'enracine dans la sexualité infantile et le déni opposé à la perception de la différence anatomique des sexes. Cette distinction fondée sur l'investigation du fonctionnement psychique à l'occasion de l'épreuve du travail ne conduit pas à essentialiser masculinité et féminité à partir de la référence à la différence des sexes basée sur l'anatomie, mais plutôt à dégager des processus différenciés dans les destins des identités singulières, qui vont se déployer entre sexualité et travail. Si avec le modèle freudien, les investissements sublimatoires dans le travail sont analysés comme le prolongement des tendances masculines ou féminines à partir de la référence à la théorie de la bisexualité psychique, la clinique du travail permet de renouveler l'investigation des rapports entre *masculinité* et *féminité*.

En psychopathologie et psychodynamique du travail, l'identité sexuelle se présente comme une construction conflictuelle entre la conquête de l'identité dans le champ érotique et conquête de l'identité dans le champ professionnel. L'identité sexuelle est donc la résultante d'une tension entre ce qui, de l'identité singulière ressortit au poids des rapports sociaux de sexe d'une part et l'identité proprement « subjective » qui renvoie à la dynamique pulsionnelle intrapsychique d'autre part. Sont ainsi distingués les

couples : muliérité/féminité et virilité/masculinité pour rendre compte de cette tension. La muliérité désigne les constructions sociales qui organisent le statut conféré aux femmes par les rapports de sexe, opposé à la féminité qui désigne le travail psychique par lequel la subjectivité se décollerait des stéréotypes sociaux de la muliérité sur le modèle « de la femme-au-foyer-soumise-à-son-homme » (C. Dejours, 1996). De la même manière, la masculinité se distinguerait de la virilité socialement construite et peut se définir comme la capacité à subvertir les stéréotypes de la virilité.

Dans le champ de la psychopathologie du travail, on est ainsi conduit à tenir compte de la contradiction entre le travail et la théorie sexuelle. Si, dans la clinique, des intrications entre investissement du travail et dynamique de la personnalité sont fréquentes, le principal écueil de ce type d'interprétations est d'euphémiser, voire d'occulter ce qui ressortit précisément au rapport social de travail, notamment dans le contexte des rapports sociaux de sexe. L'expérience du travail ne peut se réduire à la simple répétition de l'histoire infantile. Les vicissitudes de l'identité qui prennent la forme de troubles psychopathologiques à l'âge adulte, ne peuvent se comprendre uniquement à partir de la cristallisation des conflits liés à la sexualité infantile, mais leur analyse nécessite une référence à la matérialité et au réel du travail. Le clinicien préoccupé par la santé mentale, dans un contexte d'augmentation des psychopathologies liées à l'exercice du travail se retrouve donc toujours confronté à la question suivante : comment départager ce qui ressortit aux caractéristiques de la personnalité et aux relations intersubjectives renvoyant à la sphère privée, de ce qui appartient en propre aux contraintes exercées par l'organisation du travail et les rapports sociaux dans l'étiologie de la décompensation ?

Les données cliniques suggèrent que le rapport subjectif au travail intervient dans la survenue de décompensations psychiatriques ou somatiques, quand surgissent des contradictions insolubles entre les deux modes d'engagement de la personnalité (sphère affective ou familiale et sphère du travail) qui renvoient au paradoxe de la double centralité du sexuel et du travail.

II

Entités psychopathologiques liées au travail

Préambule : principes de l'analyse étiologique des pathologies mentales en lien avec le travail

www.facebook.com/Psybook

Décompensation et « double centralité »

Dans le champ de la psychiatrie et de la psychopathologie, les décompensations psychopathologiques liées au travail restent encore le plus souvent abordées essentiellement sous l'angle des vulnérabilités individuelles qui trouvent à s'exprimer dans le contexte d'une situation sociale particulière : le travail. L'investigation étiologique pour préciser le rôle qui revient au travail dans la décompensation s'avère d'ailleurs difficile dans la mesure où souvent, aucun signe dans la symptomatologie n'attire l'attention du clinicien vers le travail. En effet, la forme sémiologique de la décompensation (dépression, délire, crise somatique...) ne dépend pas des contraintes de travail qui sont pourtant au départ de la crise psychopathologique. Mais la forme de la décompensation dépend de la structure psychopathologique du sujet, de sorte que si l'investigation ne porte que sur les troubles pris indépendamment de leur contexte, il sera impossible de retrouver les traces de l'organisation du travail. La forme clinique de la décompensation liée à une situation de travail pathogène sera donc, pour une part, dépendante de l'organisation psychopathologique sous-jacente.

La clinique du travail met également en évidence qu'il est impossible de comprendre la survenue d'une pathologie mentale liée au travail en limitant l'investigation étiologique à l'histoire singulière et la dynamique intrapsychique. Les décompensations sont déterminées pour une part par les conditions sociales et par l'organisation du travail ce qui conduit à déplacer les principes de la pratique en psychopathologie clinique basés sur l'étiologie structurale. Entre les contraintes matérielles et la décompensation va venir s'intercaler toute l'épaisseur du fonctionnement psychique du sujet et en particulier les processus défensifs singuliers, ainsi que les défenses collectives élaborées dans le cadre du travail. En d'autres termes, l'analyse clinique de la souffrance doit porter non seulement sur les modes de résolution des conflits intrapsychiques à travers les destins de la sexualité infantile, mais également sur son devenir dans les rapports sociaux de travail.

Les rapports entre fonctionnement psychique et champ social ne s'articulent pas de manière directe mais sont toujours médiatisés par la rencontre avec le réel mobilisée par le travail. Les significations accordées par le sujet à la réalité sociale dépendent de l'histoire singulière, à partir des rapports

d'ambiguïté et d'analogie entre la réalité intrapsychique et la situation de travail. En privilégiant une analyse qui cherche à déterminer les processus subjectifs en cause dans la genèse des troubles, il est possible de mettre en évidence que le travail joue un rôle majeur dans le déclenchement de la décompensation, pas seulement au titre d'un facteur contingent.

Décompensation et analyse étiologique

Sur le plan de la pratique clinique, la difficulté principale qui se présente au clinicien est de parvenir à distinguer ce qui revient au travail de ce qui revient à l'économie psychique individuelle et à la sphère privée dans l'étiologie de la décompensation. La décompensation ne dépend pas que de la contrainte pathogène liée à la situation de travail, mais aussi du débordement des ressources défensives. La thèse de la centralité du travail (cf. Partie I) révèle que la séparation entre travail et hors travail n'est pas opérante pour la vie psychique et que la déstabilisation des défenses au travail peut ébranler l'économie affective et familiale et inversement. La déstabilisation du rapport subjectif au travail sous l'effet de la surcharge, de l'augmentation des contraintes, de la peur du licenciement, de la confrontation à l'injustice a des répercussions sur l'économie psychosomatique du sujet mais également sur la dynamique des relations familiales qui organise l'espace privé. La décompensation peut se déclencher quand la solidarité qui existe entre l'économie érotique et familiale et les exigences défensives du travail est remise en question.

La démarche d'élucidation des causes des décompensations en psychopathologie et psychodynamique du travail a également mis en évidence, parallèlement à l'effondrement des ressources défensives, des dimensions qui concernent les répercussions de l'introduction massive des méthodes gestionnaires sur le rapport subjectif au travail.

Évaluation du travail et santé mentale

L'évaluation individualisée (du temps de travail, des performances, des compétences) repose sur une mesure quantitative et objective des résultats du travail. Cependant, l'essentiel du « travailler » qui mobilise la subjectivité n'appartient pas au monde visible et échappe de ce fait aux procédures d'évaluation (C. Dejours, 2003). En d'autres termes, les méthodes d'évaluation objective et quantitative du travail entretiennent une méconnaissance de la dimension subversive de l'intelligence au travail qui vise à combler le décalage entre le prescrit et les pratiques réelles. Les outils de gestion et l'évaluation individualisée du travail occultent également toute la dynamique de la coopération qui dépend de la formation d'une volonté collective pour contribuer à construire et stabiliser les conditions du vivre ensemble. Le temps de travail objectif (poïésis) n'a donc aucun rapport de proportionnalité avec le travail subjectif (*Arbeit*) : l'évaluation des résultats

contribue de ce fait à générer des malentendus, et accentuer le sentiment d'injustice quand elle est couplée à des gratifications et/ou des sanctions.

L'évaluation représente un chaînon intermédiaire important dans l'analyse des déstabilisations du rapport subjectif au travail qui se traduit par une augmentation des troubles psychopathologiques. La dégradation du sens du travail, consécutive aux défenses mises en place pour lutter contre les effets délétères de l'évaluation, joue un rôle central dans ce processus. Pour satisfaire aux critères de l'évaluation, la plupart des sujets sont conduits à mobiliser leur énergie dans les pratiques de *reporting* de l'activité et la surveillance des performances réalisées par les autres, quitte à céder sur la qualité du travail. L'investissement dans un travail qui se réduit au travail quantitatif bouleverse la dynamique du rapport subjectif au travail : en apportant son concours à un travail « bâclé », à un travail sans qualité, l'investissement subjectif dans l'activité atteint le narcissisme et risque de se muter en mépris de soi, voire en haine de soi. Le désinvestissement et le renoncement à l'implication dans le travail sont les premiers témoins de l'impossibilité de conserver une cohérence entre l'investissement subjectif et la tâche à accomplir. Quand cette situation pénible persiste, viennent ensuite la déception et la résignation vis-à-vis du travail de qualité et de métier qui président au risque de dépression.

Pour autant, l'évaluation du travail reste un objectif légitime pour reconnaître la contribution, en termes d'utilité et de qualité, apportée par ceux qui travaillent d'une part et pour contribuer à révéler ce qui caractérise les activités et les savoir-faire d'autre part. La clinique du travail contribue à repenser les principes d'une évaluation rationnelle du travail, en particulier dans le champ de la santé, en vue de renouveler les termes du débat portant notamment sur l'évaluation des pratiques et des psychothérapies.

La présentation qui suit expose de manière générale les problématiques psychopathologiques liées aux nouvelles formes d'organisation du travail et esquisse des hypothèses étiologiques, mais elle ne remplace pas le travail d'investigation clinique de chaque situation singulière en vue de procéder à une élucidation des contraintes ayant conduit à la décompensation.

9 Entités psychopathologiques liées au travail

Les entités psychopathologiques liées aux nouvelles formes d'organisation du travail se caractérisent par différentes manifestations symptomatologiques que l'on peut regrouper schématiquement sous deux intitulés :

- les pathologies de la solitude d'une part ;
- les pathologies de la servitude d'autre part.

Les *pathologies de la solitude* ont comme dénominateur commun l'isolement et l'abrasion des ressources défensives collectives contre les effets pathogènes de la souffrance et des contraintes de travail. Ces formes de pathologies apparaissent essentiellement comme une conséquence de la déstabilisation du rapport au travail consécutive à l'introduction de méthodes de management couplées aux méthodes d'évaluation objective et quantitative des performances.

Les *pathologies de la servitude* caractérisent les situations pathogènes liées au travail dans les activités de service qui regroupent des secteurs d'activité variés (soin, travail social, éducation, assistance technique, commerce, hôtellerie, restauration, communications, transports, etc.). Pour les cliniciens du travail, il s'agit de mettre en évidence les implications psychopathologiques de la « relation de service », dans le contexte de méthodes d'organisation structurées par le recours au flux tendu et à la flexibilité (caissières, téléopérateurs, restauration, services administratifs, etc.), tout en précisant ce qui ressortit précisément à la mobilisation intersubjective avec le client ou l'usager. Le façonnement et le travail sur les émotions sont requis dans la plupart des situations professionnelles spécifiques des activités de service et entraînent un risque de confusion entre les sphères professionnelle et privée. La question de la servitude se présente comme une question majeure en vue de comprendre les compromissions dans l'organisation, qui génèrent des formes spécifiques de souffrance (souffrance éthique), compromissions concédées au nom de l'efficacité du travail et qui se révèlent particulièrement périlleuses sur le plan psychopathologique. Les recherches portant sur le travail domestique, sur le travail des professionnel(le)s des services à la personne, et plus généralement du *care* ouvrent des pistes de recherche importantes aux cliniciens pour aborder les ressorts psychiques de la relation de service. L'analyse des rapports entre activité de service et santé mentale demande donc une prise en compte des nouvelles formes de domination et d'exploitation du travail, mais également une prise en compte des rapports de genre, en raison des modalités défensives différenciées face à la souffrance et à la vulnérabilité (cf. Partie I).

Dans le champ de la psychopathologie du travail, le clinicien peut être amené à rencontrer la plupart des entités symptomatologiques que l'on retrouve dans la pratique clinique en psychiatrie et en psychopathologie, dont les principales sont présentées ci-après.

Troubles de l'humeur

Dans les enquêtes épidémiologiques, la santé mentale est généralement appréciée en termes de symptomatologie dépressive et/ou anxieuse à partir des données fournies par des auto-questionnaires ou parfois des entretiens diagnostiques structurés. Les études épidémiologiques mettent en évidence que 5 à 15 % de la population française seraient touchés par un épisode dépressif au cours de l'année. Les rapports entre dépression et travail sont le plus souvent appréhendés à partir des conséquences de la symptomatologie dépressive entraînant une cessation d'activité professionnelle plus ou moins longue (34,5 % de la population d'après le Baromètre santé 2005). Les dépressions liées au travail sont estimées à 11 % de la population active. Si la dépression concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, la fréquence de symptômes dépressifs est accrue chez les travailleurs précaires et les chômeurs (24 %) (Étude de l'InVS, 2007). Les cadres et professions intellectuelles supérieures seraient moins touchés que les ouvriers, les employés et les agriculteurs.

Clinique

Dans le tableau clinique des troubles dépressifs, on retrouve la triade symptomatique associant :

- humeur dépressive (idées noires, dévalorisation, sentiment de culpabilité) ;
- inhibition ou ralentissement psychomoteur (diminution de l'intérêt ou du plaisir pour les activités, fatigue, perte d'énergie, difficultés de concentration) ;
- signes somatiques (troubles du sommeil et de l'appétit, douleurs physiques diffuses).

Le tableau clinique anxio-dépressif associant signes cliniques caractéristiques de la dépression et manifestations anxieuses liées aux contenus du travail serait le plus courant.

L'expression symptomatologique peut être d'intensité variable selon les sujets, justifiant dans les cas les plus sévères un arrêt de travail prolongé, voire un avis d'aptitude.

Le syndrome dépressif peut se présenter de manière isolée, se déclencher dans le cadre de situations de harcèlement moral (*cf.* § Pathologies du harcèlement), ou encore précéder un passage à l'acte suicidaire (*cf.* § Suicides et tentatives de suicide).

Des accès maniaques peuvent également être observés (M.P. Guiho-Bailly, D. Guillet, 2005). Leur apparition brutale se caractérise par :

- un état d'exaltation émotionnelle ;
- une euphorie ;

- une hyperactivité improductive ;
- une dispersion idéique ;
- des troubles du comportement (familiarités inadéquates, prises d'initiatives risquées, investissements hasardeux, projets grandioses, etc.).

Les rapports entre facteurs professionnels et symptomatologie dépressive ont été mis en évidence par des études épidémiologiques, notamment chez des salariés travaillant en sous-traitance (G. Doniol-Shaw et al., 2000) : contraintes horaires, pénibilité physique, contraintes de rythmes imposés, ou encore dégradation des relations avec les collègues et la hiérarchie apparaissent comme des contraintes organisationnelles qui pèsent sur la santé mentale des salariés. En référence au modèle du stress de Karasek, les situations de travail qui se caractérisent par des attentes ou exigences importantes (*high job demand*) associées à un faible contrôle (*job control*) sont corrélées à des troubles dépressifs importants (R. Rau et al., 2010).

Devant l'augmentation des problèmes de souffrance au travail recensés par les médecins du travail, la reconnaissance médicale et juridique des dépressions – qui peuvent être reconnues comme « accidents du travail » – précédant des suicides de salariés, fait actuellement l'objet de débats à propos de la création de tableaux de maladies professionnelles portant spécifiquement sur les psychopathologies.

Analyse

S'il est courant de référer la survenue de dépressions à l'approche descriptive du stress au travail¹, l'approche clinique met l'accent sur l'investissement subjectif du travail et le contexte qui préside au déclenchement de la symptomatologie dépressive. Les corrélations entre dépression et travail relevées par les enquêtes épidémiologiques ne permettent pas de défendre un facteur causal unique et direct déterminant l'apparition de symptômes dépressifs liés au travail. L'expression « dépression réactionnelle professionnelle » a été proposée pour désigner l'apparition d'une pathologie dépressive en lien avec les contraintes organisationnelles et sociales du travail (D. Huez, 2003). Alors que l'apparition de troubles dépressifs dans le cadre de la perte d'emploi est fréquente et repérée cliniquement (*cf.* § Psychopathologie du chômage), la dépression chez les « actifs », bien que souvent mentionnée, ne fait pas l'objet d'études cliniques spécifiques. L'exploration de la situation particulière des « placardisés » (D. Lhuillier, 2002) a contribué à révéler que le maintien dans l'entreprise, privé de moyens matériels (téléphone, ordinateur, bureau...), isolé dans un sous-sol ou au fond d'un

1 Niedhammer I., Godlberg M., Leclerc A. et al. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scan J Work Environ Health*. 24, (3), 197-205. Tennant C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 51, (5), 697-704. Wang J. (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episodes. *Psychological Medicine*. 35, (6), 865-871. Rau R., Morling K., Rösler U. (2010). Is there a relationship between major depression and both objectively assessed and perceived demands and control. *Work and Stress*. 24, (1), 88-106.

couloir, ignoré par les collègues et la hiérarchie, etc. entraîne des atteintes narcissiques et de l'estime de soi qui précèdent la survenue d'une symptomatologie dépressive parfois associée à des troubles somatiques.

De façon plus générale, l'augmentation des contraintes résultant de transformations structurelles à la faveur de restructurations, de fusions, ou encore du recours à la sous-traitance s'accompagne de méthodes spécifiques (flexibilité, qualité totale, évaluation individualisée des performances) qui modifient en profondeur l'organisation du travail et contribuent à accroître les écarts entre les prescriptions et l'activité réelle. Pourtant ce n'est pas seulement l'écart entre les prescriptions et l'activité qui rend le sujet vulnérable à la dépression, dans la mesure où cet écart est ce qui constitue en propre le « travailler » et conditionne la mobilisation de l'intelligence dans le travail. Mais la décompensation se déclenche quand le zèle, qui est au principe de l'ingéniosité au travail et se déploie toujours à la marge des procédures (cf. Partie I), est mis en impasse par la confrontation au déni du réel du travail. Si les obstacles opposés à la reconnaissance du réel du travail ont toujours existé², les formes modernes d'organisation du travail se caractérisent par la précarisation induite par le recours aux emplois précaires et à la sous-traitance, la flexibilisation de l'emploi et par de nouvelles formes d'organisation du travail structurées par des méthodes et des critères formels de gestion. Ainsi ce ne sont pas seulement les travailleurs précaires qui se présentent comme étant vulnérables à la dépression, mais l'ensemble des salariés pour lesquels la peur induite par la menace du licenciement conduit à un déni de la souffrance (la sienne comme celle des autres) qui génère l'individualisme et la neutralisation de la mobilisation collective contre la souffrance et la domination. Les évolutions du monde du travail confrontent d'une manière spécifique les sujets à l'épreuve de la solitude qui s'avère particulièrement dangereuse sur le plan psychopathologique. Les investigations cliniques mettent en évidence que pour supporter la souffrance, les sujets sont conduits à mobiliser des stratégies individuelles de défense comme la répression pulsionnelle ou encore la rationalisation qui se caractérise par une justification des conduites au titre de la raison économique. Les contradictions qui surgissent entre rentabilité économique et qualité rendent l'exécution du travail plus difficile et détériorent le sens accordé à l'activité. L'appel à l'autonomie et à la responsabilisation individuelle dans la gestion fait surgir l'angoisse de ne pas être à la hauteur, de ne pas comprendre les tenants et aboutissants des « indicateurs » retenus pour évaluer l'activité, ce qui peut se manifester par un « sentiment d'incompétence anxiogène » (A. Flottes, P. Molinier, 1999). L'hyperactivité, qui peut fonctionner comme une défense, précède souvent le déclenchement de la symptomatologie dépressive et signe les tentatives du sujet de solder le conflit entre les contraintes de la situation de travail et les exigences pulsionnelles. La sévérité des troubles dépressifs est généralement à la mesure de la déstabilisation de l'économie défensive structurée par le rapport au

2 Cf. les descriptions concernant le travail répétitif sous contrainte de temps et les principes de Taylor.

travail à la suite de résultats insuffisants, d'un incident, de « fautes » ou de « manquements » aux règles, révélateurs du contenu concret du travail et s'avérant en totale contradiction avec les évaluations et les descriptions formelles du travail.

Du point de vue psychopathologique, l'apparition de symptômes dépressifs liés au travail correspond à la catégorie sémiologique des dépressions « psychogènes » déclenchées par une situation actuelle. La réactivité dépressive est généralement analysée comme la conséquence d'un traumatisme affectif qui réactive des conflits inconscients (T. Lemperière et al., 1997). La situation dépressive représente une modalité spécifique d'élaboration psychique de la perte, dont le deuil en représente la modalité la plus classique (S. Freud, 1915). Dans la perspective psychodynamique, la symptomatologie dépressive peut s'analyser à la lumière de la fragilisation de la dynamique de la reconnaissance (cf. Partie I), dont les processus contribuent à la conquête de l'identité individuelle, en organisant le sentiment d'appartenance à un collectif et accordant de la valeur à la contribution singulière apportée par le sujet. La problématique de la perte, caractéristique de la dépression, contribue dans ce cas à révéler la crise de l'identité consécutive à la déstabilisation du rapport subjectif au travail qui se fait connaître à travers l'apparition de symptômes dépressifs. La plupart des dépressions liées au travail se caractérisent en effet par l'intensité des sentiments d'infériorité et de culpabilité : sentiment d'être « nul », de ne plus être à la hauteur, d'être « dépassé », etc. Le conflit entre les instances psychiques du Moi et du Surmoi, qui est à l'origine du sentiment de culpabilité, est le témoin de la déstabilisation des investissements sublimatoires engagés dans le rapport au travail.

Les compromis établis entre les différents déterminismes qui pèsent sur la construction de l'identité résultent toujours d'une conquête coûteuse pour l'économie psychique. Quand la situation de travail se dégrade, l'apparition d'une symptomatologie dépressive signe la mise en impasse de l'engagement subjectif dans le travail se traduisant par un vécu d'inaptitude, d'indignité et, dans les cas les plus sévères, d'auto-accusations délirantes. Le doute sur soi est l'expression consciente des conflits d'investissement qui mobilisent toute la dynamique intrapsychique. La symptomatologie dépressive signe l'impossibilité dans laquelle se trouve le sujet de discriminer ce qui, dans ses difficultés, vient de lui et de son incompétence d'une part, de ce qui procède de prescriptions contradictoires, inapplicables ou de disqualifications répétées de sa contribution d'autre part. En l'absence de prise en compte des modes d'investissement du travail, la perte narcissique qui caractérise les dépressions en lien avec le travail peut orienter le diagnostic psychopathologique vers les pathologies limites, et dans des cas plus rares, vers la mélancolie, étant donné l'intensité de l'effondrement narcissique.

Illustration clinique

Monsieur D. est un ingénieur âgé de cinquante ans travaillant dans une grande entreprise spécialisée dans la technologie aéronautique. Il se décrit comme extrêmement engagé dans son travail et exigeant vis-à-vis de lui-même comme



- ▷ de ses collaborateurs. Il reconnaît que son activité professionnelle remplit un rôle important dans son équilibre personnel, mais qu'il vit avec le risque toujours présent d'être « débordé ». Il situe cet investissement du travail comme un héritage de son histoire familiale, où les hommes de la famille ont tous été amenés à occuper des postes à responsabilités importantes au service de la défense et de la sécurité du territoire, ou de l'expertise portant sur les nouvelles technologies. Il a été mis en arrêt de travail pour dépression quelques mois auparavant à la suite de l'interruption d'un projet sur lequel une partie des salariés de l'entreprise s'était mobilisée pendant plusieurs années. Il évoque la manière dont ce projet, visant à la conception d'un outil technique innovant, a suscité l'engouement au sein de l'entreprise : des moyens financiers importants ont été alloués, une grande partie des salariés a été sollicitée. Monsieur D. travaille pour ce projet sans relâche, renonce à ses congés, travaille le dimanche tout comme ses collègues, ce qui génère progressivement des tensions avec sa femme et le reste de sa famille. Le projet est finalement arrêté avant d'avoir abouti, pour des raisons budgétaires et une réorganisation des priorités dans un contexte de maîtrise des coûts qui suscitent l'incompréhension de la part des salariés. Monsieur D. expose alors le scénario conduisant au « deuil » qui va précipiter l'entrée dans la dépression : le projet étant « planté », des corbeilles géantes, faisant office de poubelles, sont déposées devant les bureaux et tous les documents relatifs au projet doivent y être « jetés ». Rien de ce qui a été étudié et réalisé ne fera l'objet d'une reprise ou d'une capitalisation pour des projets futurs. Tous les efforts auxquels il a consenti, les renoncements qu'il a réalisés lui semblent désormais inutiles au regard du résultat du travail et s'abîment dans les mouvements dépressifs de désinvestissement : les remords, la tristesse, l'inquiétude pour l'avenir et le sentiment de dévalorisation imprègnent désormais le vécu de Monsieur D.
-

Psychoses liées au travail

Les décompensations psychotiques sont rares et touchent moins de 1 % de la population active.

L'apparition de troubles psychotiques empêche le maintien d'une intégration socioprofessionnelle, du fait des altérations des processus de pensée et des distorsions du rapport à la réalité qui entravent l'activité de travail, les relations avec les collègues et avec la hiérarchie.

Clinique

Sur le plan étiologique, l'apparition de troubles psychotiques en situation de travail est envisagée comme la conséquence d'affections neurologiques (épilepsies, démences dégénératives étant les plus fréquentes), ou certaines maladies plus générales comme l'encéphalopathie hépatique, l'hypercalcémie, des troubles endocriniens. Le rôle des agents chimiques (plomb, mercure, arsenic, sulfure de carbone, solvants par exemple) peut également provoquer le déclenchement de troubles d'allure psychotique chez les salariés qui y sont exposés.

L'analyse psychopathologique contribue quant à elle à mettre en évidence les ressorts psychologiques qui préexistent à l'expression d'une symptomatologie délirante.

Les troubles psychotiques prennent la forme de décompensations psychotiques aiguës, comme des bouffées délirantes aiguës. La thématique délirante est généralement de type persécutif (préjudice subi, vol, menace pour sa vie...), associée à des mécanismes interprétatifs et hallucinatoires. La thématique professionnelle n'est pas toujours présente dans la construction délirante.

Dans certains cas, l'atteinte du rapport à la réalité peut se manifester par des troubles aigus de l'humeur (accès mélancolique et accès maniaque [cf. § Troubles de l'humeur]).

La résolution de l'épisode psychotique, quand celui-ci reste un épisode isolé, peut s'accompagner de la reprise du travail ou du maintien d'une activité en milieu ordinaire. Dans le cas d'une évolution chronique de la symptomatologie psychotique, des aménagements du poste de travail, un reclassement professionnel ou la mise en inaptitude pour troubles mentaux et du comportement conduisant à une orientation en milieu protégé (réadaptation), peuvent être proposés.

Analyse

Les processus psychiques qui concourent au déclenchement d'un épisode psychotique aigu se déploient le plus souvent dans le contexte d'une inquiétude majeure portant sur son devenir dans l'entreprise à la suite de conflits avec la hiérarchie et/ou les collègues de travail, portant sur les valeurs de métier, les buts du travail ou des critères portant sur la qualité du travail. À ces conflits vécus par le sujet sont opposés des dénégations, un silence ou une indifférence par le management et les collègues, induisant chez le sujet un vécu angoissant d'hésitation, de doute et de solitude. Cette situation peut le conduire à adopter une « posture paranoïaque », du fait de la mobilisation de ressources psychiques qui sollicitent de manière élective les processus de pensée et l'activité de jugement : hypervigilance, méfiance, hypertrophie de la démarche logique, recoupement des sources d'information, vérifications, etc. (M.P. Guiho-Bailly, D. Guillet, 2003). Le processus délirant s'inscrit comme une solution critique élaborée par le sujet en vue de maintenir le rapport avec la réalité et de penser la situation paradoxale dans laquelle il se trouve.

Dans certains cas, il est apparu que la déstabilisation de l'identité qui se manifeste par la crise délirante résulte d'un conflit insoluble entre les contraintes de travail et les investissements affectifs relevant de l'intimité et de la sphère privée (A. Bensaïd, 1990/2010). Les difficultés, voire l'impossibilité à participer aux stratégies de défense du collectif de travail, qui font suite à des remaniements familiaux et/ou des transformations des contraintes de travail (nouvelle hiérarchie, mutation, réorganisation de l'activité, etc.) entraînent une exclusion progressive de ce collectif. La solitude qui en résulte se révèle particulièrement dangereuse sur le plan psychique

puisqu'elle conduit à devoir assumer seul les risques liés à l'activité. Le réel du travail (risque de mort, de blessure, de maladie...), susceptible de déclencher l'angoisse, et qui était évacué par les constructions défensives du collectif de travail, fait alors retour au travers de la construction délirante.

Dans d'autres cas, l'investigation clinique de la crise psychopathologique révèle l'impossibilité, pour le sujet, de traiter psychiquement les affects suscités par la situation de travail et la réalisation d'activités qui s'avèrent contradictoires avec les valeurs et le sens moral (L. Gagnard, 2008). La confrontation répétée aux distorsions de la réalité qui caractérisent l'activité (projets frauduleux, mensonges concernant la qualité, la fiabilité ou la sécurité d'outils ou d'installations...) retentit de manière élective sur les processus de pensée qui ont pour fonction de soutenir le rapport à la réalité. L'impasse psychologique qui résulte de l'impossibilité pour le sujet de maintenir durablement le déni de réalité se traduit par une reconstruction délirante qui signe la tentative, par le sujet, de maintenir une cohérence entre les exigences de la réalité psychique et les contraintes matérielles de la situation de travail.

Illustration clinique

Monsieur S³. est un ouvrier du bâtiment âgé de quarante ans, reçu par le service des urgences d'un hôpital général, pour une symptomatologie délirante de type persécutif, évoluant depuis trois mois. Il présente des idées de référence : sentiment d'être suivi et observé, conviction qu'on le surveille et parle de lui à son insu. Sont également présentes des hallucinations acoustico-verbales, où des voix masculines l'injurient, le traitent de lâche, insultent sa femme et l'enjoignent de divorcer. Les troubles se sont déclenchés trois mois auparavant à la suite d'un accident du travail. Monsieur S. a chuté d'un échafaudage, mais est parvenu à se rattraper à un balcon, ce qui ne lui a laissé aucun dommage corporel. Une semaine plus tard, alors que Monsieur S. n'a pas souhaité prendre d'arrêt de travail, vont apparaître des troubles du sommeil, avec des cauchemars répétant la scène de la chute, une montée progressive de l'angoisse, de l'irritabilité et des idées de référence. L'investigation clinique va permettre de resituer la décompensation de Monsieur S. dans un contexte professionnel et familial particulier. Depuis son départ du Maroc et son arrivée en France à l'âge de vingt-deux ans, il a toujours travaillé dans la même entreprise et appris son métier sur le tas auprès de peintres en bâtiment professionnels. Il loge dans le même temps dans un foyer de travailleurs qu'il va quitter pour s'installer dans un appartement avec sa femme et ses trois enfants au moment de leur venue en France un an auparavant. Au cours de cette période, des changements vont également se produire dans l'organisation du travail installant progressivement une transformation des contraintes du travail pour Monsieur S. et ses collègues. C'est le fils du patron, qui reprend l'entreprise et instaure une augmentation



3 Bensaïd A. (2010). Apport de la psychopathologie du travail à l'étude d'une bouffée délirante aiguë. (Observation clinique [1990/2010]). In : Dejours C. (éd.). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : PUF.

- ▷ des cadences associée à une affectation sur les chantiers (intérieur, extérieur) ne tenant pas compte de la qualification des ouvriers. La convivialité qui existait précédemment entre les ouvriers s'efface pour laisser la place à la méfiance et la suspicion entre collègues pour savoir qui dénonce les pots et les pratiques de consommation d'alcool entre collègues, au cours desquels on se retrouve pour « se raconter le boulot ». L'investissement de sa vie de famille maintenant présente physiquement auprès de lui est important à ses yeux et le conduit à manquer les temps de retrouvailles entre collègues. Il se retrouve confronté à un isolement progressif du collectif de travail, collectif déjà déstabilisé par les changements d'organisation du travail. La crise psychique consécutive à l'accident révèle la faillite des processus défensifs face au risque mortel : Monsieur S. ne peut plus avoir recours à l'idéologie défensive virile qui structurait le collectif de travail (blagues, conduites de défi et de bravade face au risque, consommation d'alcool entre « copains »), le protégeait contre la peur et lui permettait de se défendre contre la souffrance engendrée par l'activité de travail dangereuse. Les hallucinations (voix d'hommes) le somment de divorcer, comme une tentative de solder les difficultés psychologiques issues du conflit entre les exigences défensives structurées par les conduites viriles qui déniaient la peur et la vulnérabilité du corps d'une part et l'engagement affectif auprès de sa femme et de ses enfants qui l'amène à devoir prendre soin d'eux d'autre part. L'épisode psychotique apparaît comme la résultante de la sollicitation simultanée de registres affectifs habituellement séparés par les opérations défensives : Monsieur S. ne parvient pas à simultanément se montrer tendre et attentionné et opposer un déni à la souffrance.

L'élaboration psychique de la contradiction existant entre les contraintes de travail et les investissements affectifs de sa vie privée au cours d'un travail psychothérapique sera rendue possible par un travail d'interprétation portant sur sa situation actuelle et par un changement de poste de travail, décidé par Monsieur S. lui-même, conduisant à la disparition complète de la symptomatologie psychotique sans traitement neuroleptique.

Pathologies post-traumatiques et violence au travail

Pathologies post-traumatiques

Les pathologies post-traumatiques sont consécutives aux accidents et agressions dont les travailleurs sont victimes dans l'exercice de leur activité professionnelle. Les accidents du travail ne désignent pas une entité clinique spécifique, mais regroupent les blessures physiques ainsi que les conséquences psychopathologiques des accidents survenus « par le fait ou à l'occasion du travail ».

Les pathologies post-traumatiques concernaient d'abord les employés de banques, victimes d'agressions physiques et de vols à main armée, mais on assiste à une augmentation générale des populations touchées par ces pathologies qui concernent les enseignants, les conducteurs de transports

en commun, les caissières, les employés des plateaux clientèle, les agents de l'ANPE, du Trésor Public, les travailleurs sociaux, les policiers, etc.

L'enquête européenne sur les conditions de travail met en évidence une augmentation du niveau des violences physiques (de 4 à 6 % entre 1995 et 2005). L'enquête SUMER 2002-2003 révèle que sur les 70,9 % des salariés français exerçant une activité professionnelle les mettant en contact avec un public, 22,2 % déclarent avoir subi, au cours des douze derniers mois, une agression verbale et 1,8 % une agression physique. La préoccupation des pouvoirs publics concernant ce phénomène a conduit à un accord-cadre européen sur le harcèlement et la violence en 2007, transposé en France le 23 juillet 2010 par accord ministériel.

Clinique

Les symptômes des pathologies post-traumatiques correspondent au tableau de la névrose traumatique décrite par S. Freud (1920). Il insiste sur la dimension économique du traumatisme et distingue le danger lié à la réactivation de contenus de la réalité psychique des événements renvoyant à la réalité externe. C'est en effet le sexuel qui revêt d'abord un caractère traumatique pour la topique psychique. Dans le cas de la névrose traumatique, le déclenchement des troubles est déterminé par des éléments actuels de la situation vécue par le sujet et non par la réactivation des conflits liés à la sexualité infantile.

Les troubles débutent sans période de latence dans les suites immédiates de l'accident ou de l'agression et associent :

- un état permanent d'anxiété avec son cortège de signes somatiques (tachycardie, sueurs, tremblements...) ;
- une reviviscence diurne de l'événement avec pensées au caractère obsédant ;
- des rêves traumatiques souvent suivis d'insomnies ;
- une irritabilité ;
- des difficultés de concentration.

L'ensemble de la vie familiale et professionnelle est altéré et le retour au poste de travail est souvent difficile, voire impossible du fait de l'anxiété qu'il génère. L'obsession d'une récurrence de l'incident se traduit par la persistance des reviviscences parfois jusqu'à plusieurs mois après l'incident. L'évolution dans le temps ne dépend pas de la gravité des circonstances de l'événement traumatique.

Syndrome subjectif post-traumatique ou post-commotionnel

Les troubles débutent après un délai (de plusieurs semaines à plusieurs mois) et se caractérisent par :

- des symptômes d'allure somatique (céphalées, fatigue extrême, sensations vertigineuses, douleurs variées, paresthésies...) ;
- peuvent y être associés une insomnie, une anorexie, une irritabilité ou des troubles de l'humeur.

Il existe une disproportion entre les troubles fonctionnels qui organisent la plainte du patient et les limitations physiques résultant des lésions et atteintes corporelles (traumatisme crânien, fractures, plaies...), ce qui peut conduire à diagnostiquer le patient comme « simulateur ». Bien que les atteintes corporelles soient guéries, la gêne fonctionnelle dans la sphère neurologique et motrice persiste et empêche le travailleur de reprendre son poste.

Sinistrose

Le syndrome post-commotionnel est à différencier de la sinistrose qui se caractérise par la tendance à exagérer le préjudice consécutif à l'accident. Le travailleur s'engage dans une demande de réparation qui mobilise une grande partie de ses investissements psychiques. De recours en recours, lorsque la demande de réparation n'est pas satisfaite, le sujet peut se révéler quérulent et s'engager sur la voie d'un processus paranoïaque.

Névrose traumatique

NB : L'entité clinique de la névrose traumatique tend progressivement à être remplacée, dans les descriptions psychiatriques contemporaines, par l'« état de stress post-traumatique » (ou *Post-Traumatic Stress Disorder* selon l'acronyme anglais).

Elle débute après une phase de latence qui suit l'accident ou l'agression et se caractérise par la triade :

- syndrome de répétition (reviviscences de l'événement traumatique, périodes sensibles au moment des anniversaires, rêves traumatiques et des souvenirs récurrents) ;
- syndrome d'hyperveil (irritabilité particulière, perte de la capacité de concentration) ;
- syndrome d'évitement (évitements de stimuli liés à l'événement).

Les altérations de l'état psychique entraînent généralement une dégradation de l'insertion sociale et du rapport au travail.

Analyse

Travailler avec le risque d'accident fait partie du quotidien pour de nombreux salariés : danger lié aux chutes dans le BTP, manipulation de substances dangereuses dans l'industrie chimique, accidents de la circulation ou de personnes dans les transports en commun sont autant de manifestations du réel de travail (R. Foot, 2005). Les symptômes (psychiques et somatiques), en tant que « rejets » du traumatisme, contribuent à masquer ce qui a été à l'origine des constructions défensives, à savoir la peur. Mais l'accident comme l'agression remettent en cause le système symbolique basé sur l'occultation du danger qui organise les constructions défensives. La reprise du travail se révèle dès lors particulièrement difficile puisqu'il n'est plus possible, pour le sujet, de maintenir le déni du réel. Ce qui était évacué par la maîtrise symbolique et les contre-investissements opérés par les constructions défensives réapparaît dans le champ de la conscience et génère de l'angoisse.

Si une partie des troubles ressortit directement aux conséquences de l'augmentation des agressions et de la violence, l'investigation étiologique doit également prendre en compte les contraintes organisationnelles auxquelles sont confrontés les travailleurs concernés. Les agents qui sont engagés dans des missions d'accueil et de service auprès du public se retrouvent exposés, non seulement à des situations sociales « dangereuses » et « difficiles », mais sont également soumis à des exigences de rentabilité qui les conduisent à tenir des conduites incohérentes et commettre des discriminations, ou des injustices vis-à-vis des usagers.

Dans le secteur de l'énergie et des télécommunications, dont le marché a été ouvert à la concurrence, il est demandé aux agents, auparavant engagés dans des missions orientées vers l'accès aux biens et aux services collectifs, de « faire du chiffre » (P. Coupechoux, 2009). Alors qu'auparavant, des solutions temporaires ou des délais de paiement pouvaient être accordés aux personnes se trouvant dans la précarité, il est demandé aux salariés de facturer toute intervention, de réaliser des « ventes forcées » de produits inutiles à des usagers perdus dans la segmentation des marchés et des contrats d'abonnements.

Aux fonctionnaires de l'immigration, à qui revient la mise en œuvre de la politique migratoire, on demande de résoudre la contradiction résultant d'une politique répressive de l'immigration sans contrevenir aux normes internationales sur la protection des demandeurs d'asile. Ces derniers sont conduits à « interpréter » de manière variable les textes de lois et les directives ministérielles organisées par « la logique du flou » (A. Spire, 2008) ce qui génère de l'incompréhension et de l'agressivité chez les usagers.

C'est pourquoi, le tableau clinique des pathologies post-traumatiques peut être associé à des manifestations cliniques comme la culpabilité, l'amertume, ou des sentiments d'incompétence face à l'échec dans la conjuration des incidents et de la violence.

Face aux pathologies post-traumatiques, la clinique du travail suggère donc que l'identification des répercussions psychiques de l'événement traumatique est insuffisante et qu'une place spécifique, dans la décompensation, revient à la déstabilisation de l'économie défensive liée au travail.

Illustration clinique

Dans les ONG, les responsables sont préoccupés de la gestion du « stress et du trauma » par les volontaires intervenant en situation d'urgence sur le terrain (catastrophes naturelles, guerres civiles et conflits armés...), mais également lors des retours de mission. La participation à des programmes de reconstruction, ou à des aides au développement qui se révèlent parfois préjudiciables pour certaines catégories de population et instaurent des discriminations concernant les « bénéficiaires », s'avère contradictoire avec les valeurs qui ont présidé à l'engagement humanitaire (altruisme, compassion...) et génère de la souffrance (R. Brauman, 2002). La poursuite du travail en situation d'injustice nécessite le déploiement de stratégies collectives de défense qui « gauchissent » la pensée



- ▷ et s'appuient sur des constructions symboliques qui stigmatisent ou disqualifient les populations locales (des « pays sous-développés », ou « moins avancés »), en vue d'entretenir le déni sur la réalité qui fait souffrir. Le retour de mission se révèle être une période particulièrement « sensible » et propice au déclenchement de troubles post-traumatiques dans la mesure où il coïncide avec l'arrêt du recours à l'idéologie collective. Apparaissent en effet des troubles de type dépressif, des troubles du sommeil avec des reviviscences nocturnes des épisodes critiques des missions, des manifestations anxieuses, des difficultés de concentration, une irritabilité, mais aussi de la déception, de la culpabilité... Ces manifestations cliniques seraient les témoins de l'émergence d'un travail de conflictualisation des motions pulsionnelles qui se voyaient jusque-là endiguées ou contenues par les constructions symboliques et idéologiques véhiculées par les stratégies collectives de défense (C. Demaegdt, 2006).
-

Travail et violence

Des passages à l'acte violents peuvent se produire sur le lieu de travail et prennent la forme d'agressions de collègues, de supérieurs hiérarchiques (les « prises d'otage » des cadres ou dirigeants en représentent la forme la plus médiatisée), plus rarement des usagers, ou se manifester sous la forme de sabotages des installations ou des machines (par exemple des ouvriers qui détruisent leur outil de travail dans le contexte de fermeture d'usines). Il arrive également que se produisent des agressions entre collègues, et parfois contre les usagers (maltraitance envers les personnes âgées par exemple), ce qui pose la question de la place de la violence dans l'exercice du travail. La part revenant au travail dans la genèse de la violence est souvent sous-estimée, les manifestations paroxystiques de la violence étant référées à des vulnérabilités ou caractéristiques psychopathologiques individuelles.

Dans certains milieux de travail qui impliquent des risques pour l'intégrité corporelle (BTP, police, armée, surveillants de prison, industrie chimique, etc.), la violence est banalisée en se trouvant intégrée dans les stratégies collectives de défense. Ces constructions défensives ont pour caractéristiques d'être organisées par les valeurs du courage viril (*cf.* Partie I) qui valorisent la capacité à endurer la souffrance, mais autorisent également de pouvoir infliger de la souffrance à autrui, même si cela requiert d'en passer par des conduites violentes. La violence virile se caractérise comme une construction sociale au service de la domination sociale des hommes sur d'autres hommes et des hommes sur les femmes (*cf.* § Harcèlement sexuel). Cependant, au regard du travail, la violence occupe aussi une place particulière au service de la préservation de la santé mentale, de sorte que sa prévention nécessite une analyse fine des processus psychiques mobilisés pour conserver le rapport au travail qui implique des risques physiques majeurs (accident, mutilations, maladies...). En d'autres termes, les manifestations de la sexualité (sadisme, masochisme, violence) dans le travail ne sont pas seulement mobilisées à des fins de satisfaction immédiate de l'économie pulsionnelle, mais sont indexées aux stratégies défensives au service de la protection de la santé mentale au travail.

www.facebook.com/Psybook

En psychanalyse, les ressorts psychiques de la violence résident dans le pouvoir de déliaison du sexuel. La tendance du sexuel est en effet de se déchaîner sous la forme de l'excès caractéristique de la « pulsion sexuelle de mort » (J. Laplanche, 1997). La pulsion qui vise la recherche d'excitation représente toujours une menace pour la cohésion du Moi et l'identité. À cette excitation il convient d'opposer des formes de liaison en vue de la circonscrire, dont la sublimation en représente la forme cardinale. La clinique du travail met en évidence que parallèlement aux ressorts intrapsychiques, l'avènement du processus sublimatoire nécessite des conditions sociales rassemblées sous la forme de la dynamique de la reconnaissance (cf. Partie I). La conjuration de la violence subie ou agie est donc déterminée par des rapports intersubjectifs structurés par la référence au travail. La réaction paroxystique que représente l'émergence de la violence en situation de travail apparaît principalement comme une conséquence des dysfonctionnements de l'organisation du travail qui génèrent de l'injustice dans un contexte de dégradation des solidarités et du vivre-ensemble (C. Dejours, 2007). Si les limites imposées par le réel du travail à l'efficacité ne sont plus discutées (activité déontique) et que les conditions permettant aux travailleurs de parvenir à une intelligibilité commune de la situation ne sont pas réunies, alors le risque de dérive se traduisant par l'usage de la violence est possible. Dans ces situations, les conditions intersubjectives permettant de conjurer l'irruption de la violence sont en effet ruinées.

Illustration clinique

La question de la maltraitance et de la violence envers les personnes âgées fait l'objet de réflexions et de débats publics à la suite de la médiatisation de situations de patients vivant dans des établissements délabrés et faisant l'objet de sévices de la part des soignants. Accéder à la rationalité des conduites de soin permet une analyse différentielle et critique des formes de « maltraitance » situées par rapport au réel de l'activité de travail.

L'analyse par l'entrée du travail permet de faire émerger les ressorts collectifs de la violence et des moyens de la conjurer, plutôt que des facteurs individuels référés à des caractéristiques de la personnalité (type déviant, pervers, narcissique, agressif, etc.). Les soignants ne sont donc pas violents ou maltraitants *par nature*. Mais la maltraitance résulte de la mise en impasse du zèle et de l'intelligence déployés par les soignants pour faire face aux manquements et dysfonctionnements de l'organisation prescrite et formelle du travail de soin. Les enquêtes réalisées dans le secteur de la gériatrie mettent en évidence que l'émergence d'actes désignés comme maltraitants est toujours associée à la déstructuration du collectif et à l'isolement d'un ou plusieurs soignants (A. Quaderi, 2004 ; I. Gernet, F. Chekroun, 2008 ; M. Litim, K. Kostulski, 2008 ; F. Bardot, 2009 ; S. Esman, J.L. Nimis, P. Molinier, 2010 ; S. Ingwiller, P. Molinier, 2010). Comment arbitrer sur les manières de procéder pour réussir à faire son travail dans les temps, comment décider ce qui rend telle pratique acceptable ou non au regard des contraintes de travail : laisser un résident nu sur les toilettes pendant plus d'une heure pendant qu'on avance les autres toilettes ; en laver un autre de force et à grande

- ▷ eau dans la douche malgré ses protestations ; leur tenir les mains, les attacher dans le lit pour les habiller et éviter les coups, les forcer à manger pour éviter le risque de dénutrition en sont des exemples parmi d'autres. Sans la référence à l'organisation du travail et à la spécificité du travail de soin, ces comportements sont facilement dénoncés comme maltraitants et violents et référés à des fautes individuelles de personnels subalternes insuffisamment formés.

Il apparaît que ces éléments empiriques se trouvent en contradiction avec l'argumentaire développé par les démarches « qualité » dans les établissements, qui valorisent et prescrivent l'autonomie et la responsabilité individuelle dans le travail en diffusant des « guides de bonnes pratiques ». Ces démarches qualité adossées à l'évaluation des performances de l'institution se présentent objectivement comme des outils de lutte contre la maltraitance, mais contribuent en réalité à masquer les phénomènes de « maltraitance instituée » issus de la généralisation des pratiques de contrôle du travail par des procédures et des critères de gestion (P. Molinier, 2009). Cette démarche constante d'évaluation justifie des réorganisations répétées des modes de travail et des équipes qui s'opposent à la fonction première du soin, qui engage la relation selon des critères de permanence et de continuité, et conduit les professionnels à réaliser des actes et opérer des sélections maltraitantes pour combler la pénurie de moyens. Dans le travail de soin, la violence apparaît d'abord comme la conséquence de l'instrumentalisation des corps « désobjectivés » et réduits à leurs besoins physiologiques. L'analyse du travail conduit donc à déplacer la question de la genèse de la « maltraitance » et de la violence dirigée sur les patients. Ce n'est pas le soin lui-même qui cristallise les difficultés, même quand son exercice se révèle particulièrement pénible et ingrat, mais les conditions organisationnelles et sociales dans lesquelles il est réalisé.

Pathologies du harcèlement

Dans les pathologies du harcèlement, on distingue généralement le harcèlement sexuel du harcèlement moral.

Harcèlement sexuel

Clinique www.facebook.com/Psybook

Le harcèlement sexuel peut prendre différentes formes : insultes, blagues sexistes, pornographie sur le lieu de travail, attouchements, agressions physiques.

Il n'existe pas d'étude spécifique portant sur la fréquence des situations de harcèlement sexuel au travail en France.

L'enquête quantitative sur les violences faites aux femmes (Enveff, 2000) replace le harcèlement sexuel au travail dans le cadre plus général des violences au travail envers les femmes. Ont été distingués des faits, des gestes, des actes et des situations ou paroles susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique et morale du sujet. Le harcèlement sexuel se caractérise par des contraintes sexuelles (D. Fougeyrollas-Schwebel et al., 2000) :

- par des gestes directs avec contacts physiques à connotation sexuelle, rapports sexuels sous la contrainte, pratiques sexuelles imposées, attouchements subis contre son gré ;
- des avances sexuelles déplaisantes, des propos obscènes, des images pornographiques imposées ;
- des atteintes verbales : cris, insultes, paroles humiliantes, injonctions, propos grossiers.

Une autre évaluation quantitative menée en 2007 par un service de santé au travail de Seine-Saint-Denis sur les violences faites aux femmes (1 772 femmes exerçant dans le secteur privé ou dans les collectivités territoriales) dans le département, révèle que plus de la moitié des salariées ont subi un harcèlement de type sexuel dont ils distinguent quatre catégories :

- harcèlement sexiste (blagues, insultes, pornographie) ;
- harcèlement sexuel (avances sexuelles verbales, attitudes et gestes gênants) ;
- agression sexuelle (pelotage, coincée pour embrasser, exhibitionnisme, attouchements sexuels) ;
- viol.

Vingt-deux pour cent des femmes travaillant dans ce département ont été confrontées à un harcèlement sexuel (C. Thomassin et al., 2009).

Analyse www.facebook.com/Psybook

La compréhension du harcèlement sexuel au travail ne peut se réduire à une approche individuelle mettant en évidence les liens entretenus entre le harceleur et la personne harcelée, mais doit être resituée dans le contexte de l'organisation du travail et de l'entretien des rapports de domination. En effet, le harcèlement sexuel, indépendamment de sa finalité individuelle, peut également remplir une finalité instrumentale dans la préservation des rapports hiérarchiques et de pouvoir dans le monde du travail, en faveur de la domination des femmes par les hommes.

Parmi les facteurs favorisant l'emploi de la violence en situation de travail, les résultats de l'enquête Enveff mettent en évidence que dans les professions marquées, pour les deux sexes, par des fortes pressions de la part des usagers ou des clients, les taux des violences sexuelles envers les femmes sont plus élevés (10 % chez les policières, gendarmes ou agents de sécurité) (E. Brown et al., 2002).

L'analyse psychodynamique des situations de travail révèle que les pratiques discriminatoires (sexisme, racisme) renvoient au registre des défenses viriles, quand il s'agit de se protéger de la peur en combattant la honte de « passer pour une femme » – parce qu'on est incapable de maîtriser ses émotions – ou encore de légitimer des pratiques qui génèrent de l'inégalité envers les usagers ou les clients en convoquant des représentations essentialisantes (les étrangers, les personnes de « couleur ») (L. Gagnard, 2006 ; O. Noël, 2006). La radicalisation des défenses viriles, en situation de travail, s'accompagne toujours de modes de dépréciation du « féminin », de la vulnérabilité et de la souffrance d'autrui.

Dans certains cas, les pratiques de harcèlement sexuel résultent de dérapages de stratégies défensives qui tendent à banaliser la dimension de la sexualité dans le cadre des conduites professionnelles basées sur l'érotisation des relations. C'est le cas par exemple des téléactrices qui mobilisent leurs émotions dans le registre de la séduction (V. Arnaudo, 2005), séduction qui est ici mobilisée au service de la persuasion du client, en vue d'éviter les échecs dans leurs objectifs d'appels et d'endurer l'agressivité des clients.

Par ailleurs, la clinique du travail conduit à questionner le processus de sexualisation défensive du travail qui peut prendre la forme du harcèlement sexuel. L'investissement érotique du compromis entre la souffrance et les défenses est en effet une des solutions psychiques permettant de supporter les contraintes du travail, voire parfois d'y trouver une source de plaisir. Dans cette perspective, la contrainte de travail est première, et l'érotisation de la souffrance apparaît dans un second temps. La transformation de la souffrance en jouissance rendue possible par le truchement du masochisme ou du sadisme « secondaires » à l'activité de travail contribue à protéger le sujet du risque de décompensation. Certaines infirmières de bloc opératoire acceptent par exemple des jeux de séduction avec les chirurgiens auprès desquelles elles exercent (P. Molinier, 2006). Dans ce contexte précis de travail, l'érotisation de la souffrance apparaît comme une solution conduisant à se protéger de la souffrance générée par les contraintes de travail en particulier vis-à-vis de la relation de subordination aux chirurgiens obligeant à supporter des remarques et des attitudes sexistes. La sexualisation des activités de travail permet de réaliser les activités attendues et d'atteindre les objectifs fixés tout en trouvant une issue à l'angoisse et à l'excitation par une tentative de liaison rendue possible par l'érotisation secondaire. Pour autant, cette analyse du rôle défensif de l'investissement libidinal de la souffrance ne solde pas la question de la jouissance ressentie au spectacle de la souffrance de l'autre.

Harcèlement moral www.facebook.com/Psyebook

La définition du harcèlement moral a été proposée en France par M.F. Hirigoyen. Le harcèlement sur le lieu de travail renvoie à « toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personne, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettre en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat de travail⁴ ».

La dynamique conflictuelle, qui caractérise le harcèlement, est également désignée par le terme de *mobbing*. Le *mobbing* est constitué par des agissements hostiles « qui, pris isolément, pourraient sembler anodins, mais dont la répétition constante a des effets pernicioeux » (H. Leymann, 1996). Dans une perspective psychosociale, Leymann a proposé une liste de quarante-cinq agissements caractéristiques du harcèlement moral, ainsi que

4 Hirigoyen MF. (1998). *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*. Paris : Éditions La Découverte et Syros.

des facteurs de résistance au processus de harcèlement qui dépendent de la place occupée par le sujet victime du harcèlement dans ses relations et son entourage professionnel.

La fréquence des décompensations en réponse au harcèlement moral dans le monde du travail serait en augmentation et ne toucherait plus seulement les femmes, les employés et les ouvriers, mais également les cadres.

L'enquête européenne sur les conditions de travail (Fondation de Dublin) réalisée au cours de l'année 1999, estime que 9 % des salariés ont fait l'objet d'intimidations sur leur lieu de travail.

Une étude rétrospective par questionnaire menée par l'inspection médicale auprès des médecins du travail de la région PACA a mis en évidence que tous les secteurs professionnels sont touchés, avec toutefois une fréquence plus importante pour le commerce (29,9 %), les services (20 %), la santé et les activités sociales (18,8 %). La prédominance féminine des personnes concernées est nette (73,31 %), même si ce chiffre doit être nuancé au regard de la répartition des sexes par catégorie professionnelle (les secteurs concernés étant plus « féminisés ») (J. Chiaroni, 2001).

Clinique

En phase de décompensation, le tableau clinique se caractérise par :

- anxiété ; www.facebook.com/Psybook
- dépression ;
- troubles du sommeil, cauchemars ;
- ennui ;
- prise de médicaments, alcool ou psychotropes ;
- état de fatigue ;
- hypervigilance et hyperactivité au travail ;
- repli sur soi, perte de l'estime de soi ;
- atteintes somatiques, troubles de la sphère gynécologique.

En pratique, le tableau clinique des patients consultant pour harcèlement moral peut prendre la forme de syndromes dépressifs ou confusionnels, et parfois de syndromes de persécution. Dans d'autres cas, c'est la désorganisation psychosomatique qui peut être au premier plan.

La situation de harcèlement est corrélée avec des modifications des conditions et de l'organisation du travail dont les plus fréquentes sont :

- surcharge de travail et surinvestissement de temps dans le travail ;
- nouvelles méthodes de management ;
- arrivée d'un nouveau supérieur hiérarchique ;
- restructuration du service ;
- fusion ou rachat de l'entreprise ;
- délocalisations géographiques et/ou stratégiques.

Des pratiques discriminatoires dans l'entreprise ou de harcèlement à l'égard de collègues préexistent souvent au processus de harcèlement d'un salarié (M. Pezé, C. de Gasparo, 2003).

Les agissements qui organisent le harcèlement prennent la forme de menaces verbales, de critiques systématiques du travail, de pratiques de contrôle des conversations avec les collègues, d'injures publiques, de l'exécution de tâches déqualifiantes, d'objectifs irréalistes, de la privation de matériel nécessaire à l'exécution des tâches, etc.

Analyse

Les analyses psychopathologiques qui transposent l'investigation de la violence « privée » au monde de l'entreprise mettent l'accent sur la relation circulaire qui s'établit entre le harceleur, présentant une organisation psychopathologique du type « pervers narcissique » et une « victime » harcelée (M.F. Hirigoyen, 1998). Le contexte professionnel lorsqu'il se caractérise par certaines pratiques de management (menace, mise en concurrence) serait propice à la mise en place de la relation de harcèlement moral au sein de laquelle l'emprise joue un rôle central. Rappelons que, pour Freud, la « pulsion d'emprise » est une pulsion partielle, qui soutient l'activité par l'intermédiaire de la musculature (1905) et vise l'appropriation violente d'un objet extérieur. La pulsion d'emprise, mise au service de la pulsion sexuelle, aboutit au sadisme qui tient une place importante dans la vie sexuelle normale, au même titre que la composante masochiste.

C'est l'attaque de l'intégrité narcissique de l'autre qui caractérise les modalités de relation d'objet établies par le pervers narcissique, sous l'influence de son « soi grandiose » (A. Eiguer, 1996). La neutralisation du désir consécutive à la relation d'emprise favoriserait « l'adhésion » passive du sujet « victime » aux manœuvres de harcèlement. En devenant la cible du harceleur, la victime contribuerait à éviter à ce dernier la dépression en gratifiant son narcissisme des bénéfices de la relation de dépendance qu'il lui impose. Abolissement de la pensée subjective, voire « chosification » seraient, chez le harcelé, les témoins de la relation d'emprise établie avec le harceleur.

La multiplication des situations de harcèlement serait dans cette perspective comprise comme la conséquence d'une évolution des structures de personnalité, organisées de plus en plus fréquemment sur le mode narcissique de la recherche de la jouissance et de l'économie du clivage, dans la société postmoderne (R. Chemama, 2003 ; C. Melman, 2002).

Face à de telles situations, l'investigation psychopathologique peut s'envisager du point de vue descriptif et symptomatique, comme dans le cas de la victimologie, ou étiologique. En psychopathologie du travail, la démarche d'élucidation des causes des symptômes s'appuie sur une analyse du rapport subjectif au travail, en vue de ne pas attribuer l'origine des troubles à la seule structure de personnalité du harceleur et à celle de la « victime » du processus de harcèlement. La psychodynamique du travail propose de réfuter les explications dyadiques (pervers-narcissique/victime) ou les approches descriptives (*mobbing*) pour centrer la discussion étiologique du harcèlement moral sur les ressorts psychologiques de la servitude et du consentement dans le contexte des rapports de domination sociale. L'installation du processus de harcèlement moral implique en effet le

consentement des collègues qui constatent et assistent, sans s'y opposer, au détournement des rapports de travail de leur finalité (M. Drida, 1999). Par ailleurs, les patients, qui consultent pour se faire aider dans des situations de harcèlement, ont souvent été des témoins silencieux, voire impliqués dans des manœuvres de harcèlement de collègues, avant de devenir eux-mêmes la cible du processus de harcèlement.

Le harcèlement n'est pas une nouveauté dans le monde du travail. Mais ce qui est nouveau, c'est en premier lieu la solitude de la personne harcelée, c'est ensuite la reconnaissance sociale du statut de harcelé, notamment à partir de la reconnaissance juridique du phénomène de harcèlement, pouvant donner lieu à réparation (M. Pezé et al., 2003). Les débats publics et la législation sur le harcèlement moral (loi de modernisation sociale de 2002) ont, pour de nombreux salariés, contribué à transformer leur manière de nommer et décrire les situations professionnelles dans lesquelles ils peuvent se trouver. Pour utile qu'elle soit, l'émergence de ce statut de victime participe cependant au phénomène d'occultation du réel du travail. Généralement, la discussion sur les rapports sociaux de travail et sur le travail réel est évacuée des actions envisagées face à une situation de harcèlement moral dans le contexte de travail. La référence à la structure perverse du « harceleur » a pour conséquence d'occulter l'existence de rapports sociaux au sein de l'entreprise et d'éviter de questionner les répercussions de l'organisation du travail et de ses effets sur le fonctionnement psychique et somatique de l'ensemble des travailleurs de l'entreprise (L. Gagnard, 2007 ; I. Gernet, L. Gagnard, 2005). Il n'est pas rare en effet d'assister à des déplacements du processus de harcèlement et à une décompensation du harceleur qui devient lui-même harcelé. En l'absence de réflexion sur les conditions sociales qui favorisent ou empêchent la mise en place du processus de harcèlement, les analyses proposées seront dans l'impossibilité de rendre compte de l'entretien et du déplacement du phénomène de harcèlement dans un service ou une entreprise.

Les investigations cliniques montrent que le processus de harcèlement s'inscrit dans la continuité d'un désaveu, par les collègues et/ou la hiérarchie, du rapport au réel du travail que le salarié tente de maintenir et qui prend fréquemment la forme d'un surinvestissement de l'activité de travail. La solitude qui en découle est accentuée par les nouvelles formes d'organisation du travail : en particulier quand les techniques de management favorisent l'effritement des solidarités collectives et la concurrence entre les travailleurs. La décompensation apparaît comme une conséquence d'un mode de rapport social au travail spécifique qui utilise le « ressort de la perversion » (J.C. Valette, 2002) du fait de la distorsion de la mobilisation de l'intelligence dans le travail.

L'interprétation du harcèlement est donc renversée par rapport à l'interprétation victimologique, en mettant l'accent sur l'implication collective, elle déplace la discussion étiologique des processus, de la sphère individuelle vers la sphère du travail et les transformations de l'organisation du travail. L'analyse du lien entre les situations dites de « harcèlement moral » et les nouvelles organisations du travail révèle des formes de souffrance qui

résultent spécifiquement de l'empêchement d'accomplir un travail de qualité : intensification des tâches, perte de sens du travail, conflits éthiques, participation au « sale boulot », peuvent constituer des facteurs favorisants qui préexistent à la mise en place de processus de harcèlement.

La place de la violence dans le processus de harcèlement mérite également discussion si l'on s'en tient à une définition restreinte de la violence, en tant qu'action exercée par la force sur le corps de l'autre contre son gré. Conçue comme telle, la violence est rare dans les milieux de travail des pays « développés ». Cependant les composantes sadiques et masochiques qui alimentent la cruauté « ordinaire » du harcèlement moral se présentent comme des composantes partielles de la sexualité. En effet, pour la psychanalyse, les ressorts de la cruauté se trouvent du côté du plaisir qui accompagne la recherche d'excitation, et appartiennent en propre à la sexualité. Dans l'analyse étiologique du harcèlement moral au travail, parallèlement au repérage des processus intrapsychiques, il revient donc au clinicien de rendre compte des conditions sociales et organisationnelles qui limitent ou au contraire libèrent l'émergence de la violence en situation de travail.

Illustration clinique

La présentation clinique⁵ de la situation d'une salariée, Solange et de sa supérieure hiérarchique, Madame T. qui consultent toutes deux la même clinicienne pour harcèlement moral, met en évidence la complexité de la situation de harcèlement qui ne peut se réduire à la déconstruction d'une relation pathogène entre une victime et un pervers. Solange, qui travaille comme téléopératrice dans un *open space*, décrit une intensification du travail (ajouts de nouveaux services, changements fréquents des procédures d'accueil téléphonique, augmentation des cadences de réponse aux appels des clients...), couplée à l'absence de solidarité entre collègues qui la conduisent à se « blinder ». À la suite d'un arrêt de travail de trois mois consécutif à une hystérectomie, elle reprend le travail, mais ne retrouve ni son bureau, occupé par la nouvelle directrice du site, ni ses affaires personnelles (documents professionnels et effets privés) : tout a été jeté. C'est alors qu'elle déclenche une poussée hypertensive qui la conduit aux urgences et sera requalifiée en accident du travail à la suite d'une prise en charge dans une consultation pluridisciplinaire « souffrance au travail ». La directrice, témoin de l'accident de Solange se présente à la consultation un mois plus tard. Elle relate un processus de « déssexualisation » de son identité féminine qui accompagne sa prise de responsabilité dans un collectif d'hommes : pour s'affirmer et imposer son autorité elle est conduite progressivement à « effacer » les signes de féminité. Elle bascule dans un activisme défensif et s'endurcit en apportant son concours au fonctionnement de la stratégie virile, organisée par la misogynie, le sexisme et l'exercice autorisé de l'agressivité. La décompensation somatique brutale de Solange, suite au harcèlement par Madame T., se retourne contre cette dernière : son identité est soudainement déstabilisée par le spectacle de l'intervention des secours d'urgence (SAMU).

5 Pezé M. (2010). Le harcèlement moral au travail : contrainte par corps. In : Dejours C. (éd.). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : PUF.

Pathologies de surcharge

On distingue dans les pathologies de surcharge :

- des atteintes somatiques (TMS, LER, *karôshi*) ;
- un syndrome mixte associant des symptômes psychiques et somatiques, le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out*.

Karôshi

www.facebook.com/Psyebook

Le *karôshi* est un terme japonais qui désigne la « mort par excès de travail » survenant chez des jeunes hommes cadres ou employés entre vingt-cinq et quarante ans, à la suite d'une hémorragie cérébrale ou d'un infarctus du myocarde. Les victimes ne présentent pas d'antécédents cardiovasculaires. La surcharge de travail est généralement majeure (plus de 70 heures par semaine décomptées). Le *karôshi* est reconnu comme une maladie professionnelle au Japon depuis les années 1970.

En France, plusieurs études épidémiologiques ont insisté ces dernières années sur les maladies cardiovasculaires et leurs rapports avec les risques occasionnés par les contraintes de l'organisation du travail. La mortalité prématurée par infarctus du myocarde serait deux fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres supérieurs et trois fois et demie supérieure chez les employés⁶. Les rapports entre maladie cardiovasculaire et travail sont généralement formalisés par le recours aux modèles du stress (R.A. Karasek, T. Theorell, 1990 ; R.S. Lazarus, S. Folkman, 1984).

Troubles musculosquelettiques (TMS)

Les troubles musculoquelettiques représentent la pathologie la plus fréquente dans le milieu de travail. Le programme de surveillance épidémiologique des TMS développé dans la région Pays de la Loire depuis 2002 conduit à estimer qu'au moins 13 % des salariés présentent des TMS des membres supérieurs en France⁷. Ces troubles ont d'abord été isolés chez les travailleurs à la chaîne, mais leur fréquence augmente actuellement dans tous les secteurs d'activité, y compris chez les employés de bureau et les cadres. Cette augmentation apparaît paradoxale dans le contexte de la mécanisation et de l'automatisation des procédures, ainsi que des progrès de l'informatique.

www.facebook.com/Psyebook

Clinique

Les troubles musculosquelettiques touchent électivement le corps par des atteintes inflammatoires et douloureuses des extrémités, des tendons, des articulations des membres supérieurs (main, poignet, épaule, coude), des membres inférieurs (genou, cheville) et de la colonne vertébrale. Les mécanismes en cause sont complexes et associent des phénomènes mécaniques, inflammatoires, vasculaires et dégénératifs. Le symptôme principal

6 Dossier (2003). Le cœur à l'ouvrage. *Santé et Travail*. 45, 26-52.

7 InVS. Roquelaure et al., 2005.

est la douleur, associée à des raideurs, des paresthésies, une perte de mobilité et de force, pouvant, dans les cas graves entraîner une incapacité de travail permanente.

Les TMS ne sont pas une entité clinique univoque, mais on peut identifier des pathologies les plus fréquentes qui sont :

- le syndrome du canal carpien (main et poignet) ;
- la tendinite de la coiffe des rotateurs (épaule) ;
- l'épicondylite et l'hygroma (coude) ;
- les lombalgies, dorsalgies et rachialgies (dos).

Ces pathologies sont reconnues comme des maladies professionnelles (tableau n° 57 des maladies professionnelles du régime général de la Sécurité sociale, tableau n° 39 des maladies professionnelles du régime agricole).

Les ergonomes ont mis en évidence les facteurs biomécaniques résultant de l'hypersollicitation des gestes et des postures au cours de l'activité de travail (manipulation de charges lourdes, position debout et assise prolongée, activité dans des positions inconfortables notamment) tandis que les liens entre la charge psychique et les troubles musculosquelettiques, liés aux formes d'organisation du travail (flux tendu, flexibilité, qualité totale, évaluation individualisée des performances) ont été démontrés par les médecins et les cliniciens du travail (F. Bourgeois et al., 2000 ; B. Fouquet et al., 2005).

Dans le champ de la psychopathologie du travail, on note par ailleurs l'augmentation du nombre de pathologies somatiques : diabète insulino-dépendant, asthme, allergies, troubles gynécologiques et endocriniens, maladies cardiovasculaires, infections récurrentes, etc. Des pistes de recherche ont été ouvertes, à partir des apports de la psychosomatique à l'analyse des décompensations somatiques liées au travail d'une part (C. Dejours, 1996) et à l'intégration des incidences théoriques du rapport subjectif au travail dans la clinique psychosomatique d'autre part (C. Dejours, 2003 ; M. Pezé, 2002 ; F. De Melo e Silva, 2011).

Analyse

La clinique des troubles somatiques au travail conduit à nuancer la distinction classique entre souffrance physique et souffrance psychique et morale. L'investigation psychopathologique bénéficie de l'apport des travaux en psychosomatique qui permet de comprendre que la saturation de l'appareil psychique, par l'augmentation des contraintes de cadence et de performance, conduit à des altérations du fonctionnement psychique ayant pour conséquence une fragilisation du corps se manifestant par le déclenchement d'atteintes somatiques.

Cependant, l'apparition d'une maladie somatique n'est généralement pas immédiate. L'entrave qui porte sur le fonctionnement psychique se traduit d'abord par un vécu d'insatisfaction qui s'exprime par la fatigue. Certains travaux tendent à montrer que la fatigue n'est pas toujours corrélée à une charge physique excessive, ce qui conduit à privilégier l'hypothèse de la

« charge psychique » dans l'apparition de troubles comme les pathologies du *burn out* chez les soignants (M. Estryn-Behar, J.P. Fouillot, 1990). La fatigue peut trouver son origine dans le surmenage des organes, mais aussi dans l'inactivité qui résulte d'une « répression-inhibition » de l'activité psychique spontanée.

Apport de la psychosomatique à la clinique du travail

À partir des années 1960, P. Marty et ses collaborateurs seront conduits à formuler les bases d'une théorie complexe qui cherche à rendre compte des phénomènes vitaux psychiques et somatiques. Ces travaux revendiquent l'héritage freudien, en défendant l'apport de la théorie psychanalytique à l'étude des maladies somatiques, basée sur le paradigme de l'opposition entre hystérie de conversion et somatisation esquissé par S. Freud dans ses propositions sur les névroses actuelles. Dès ses premiers travaux psychanalytiques dans les années 1895, il parvient à isoler, à côté des symptômes corporels de nature hystérique, d'autres troubles corporels, injustement appelés troubles « névrotiques » selon lui (S. Freud, 1895). Ces derniers résulteraient d'un défaut d'élaboration psychique des excitations somatiques, alors que les troubles conversionnels de l'hystérie, renvoyant à la catégorie des psychonévroses, découleraient d'un excès d'excitation psychique, en lien avec la dynamique conflictuelle de la vie psychique organisée par la sexualité infantile.

La théorie psychosomatique de l'École de Paris défend l'hypothèse selon laquelle la solidité de la structure mentale aurait pour fonction de protéger le sujet contre le risque de somatisation. Une place importante est accordée, par le clinicien, aux mouvements de désorganisation à l'œuvre chez le sujet, mouvements qui signent la fragilité du fonctionnement psychique pouvant précéder l'apparition de troubles somatiques. Ces mouvements de désorganisation psychique (dépression essentielle, pensée opératoire) seraient les témoins des irrégularités, voire des défaillances sévères du fonctionnement mental du sujet, pouvant ouvrir la voie à une désorganisation somatique évolutive plus ou moins grave. Dans certains cas la désorganisation psychique ne serait que transitoire et serait temporisée par les points de fixation formés au cours du développement de la personnalité. Cette désorganisation pourrait alors laisser la place à un mouvement de réorganisation possible, d'autant plus favorable que le patient trouverait un appui suffisant, fourni par son entourage familial ou médical. Le rôle de l'entourage aurait pour fonction de soutenir le fonctionnement psychique défaillant ou fragilisé du sujet. Selon le point de vue économique sur lequel s'appuient les théorisations de l'École de Paris, c'est le débordement des capacités d'élaboration psychique, du fait de la fragilité, voire de l'inorganisation de l'appareil psychique, qui permet d'expliquer l'apparition d'une atteinte somatique et ses éventuelles poussées évolutives. Les excitations en excès, résultant de la confrontation à des éléments de la réalité ayant valeur de traumatisme conjoncturel et réactivant des blessures narcissiques précoces, seraient déchargées dans le corps.



► D'autres conceptions théoriques de la décompensation somatique privilégient le point de vue dynamique centré sur l'analyse des conflits (J. Mac Dougall, M. Sami-Ali, C. Dejours). En référence à la théorie psychanalytique du corps, la vulnérabilité du corps érogène peut être révélée à travers la formation de symptômes psychopathologiques, mais aussi de troubles somatiques, quand l'étiage de la pensée sur le corps est fragilisé ou rompu.

Si tous les auteurs s'accordent sur les défaillances du refoulement et la prépondérance de la répression dans la clinique psychosomatique, leurs propositions divergent quant à la spécificité des processus psychiques en cause dans les décompensations somatiques, mais également sur le fait de savoir si la répression peut bénéficier d'un statut métapsychologique défini. La répression constitue toujours un obstacle à l'élaboration psychique en attaquant spécifiquement le développement de l'affect (C. Parat, 1991), et elle s'inscrit, pour les auteurs de l'École de Paris, dans le contexte de vulnérabilités structurales. Indépendamment de la thèse de la spécificité structurale des patients présentant des maladies somatiques, les particularités des processus psychiques engagés dans les décompensations somatiques résident dans l'usage spécifique de l'économie de la perception, en guise de défense contre la destructivité (C. Dejours, 1989, 2009). Le recours à la répression s'accompagne d'une inhibition massive du Moi qui contribue à « désensibiliser » l'inconscient et empêcher le développement de l'angoisse. La répression contribue au désétiage des pulsions sur les fonctions biologiques, ce qui entraîne un risque pour l'économie biologique et la santé du corps.

Les conceptions métapsychologiques proposées par Freud rendent compte du conflit intrapsychique et de la structuration du fonctionnement psychique grâce à la différenciation des instances de la deuxième topique, ainsi que des systèmes de la première topique, à partir du rôle de liaison dévolu au Moi et au préconscient. La clinique des patients non névrosés suggère que le conflit intrapsychique et le travail du préconscient, repéré par les retours de l'inconscient refoulé, ne sont pas toujours le mode de fonctionnement dominant, comme l'ont amplement souligné Marty, Fain et de M'Uzan. Un autre secteur de l'inconscient se ferait alors connaître, sous la forme de la violence compulsive, du passage à l'acte, ou de la « somatisation ».

Le modèle de la troisième topique, ou topique du clivage, consiste à faire place, à côté de l'inconscient sexuel refoulé, à un autre secteur de l'inconscient, l'inconscient « amental » (ou « inconscient enclavé » selon J. Laplanche). L'inconscient sexuel refoulé correspond à la formation des pulsions sexuelles, l'inconscient amental correspondrait, quant à lui, à une agénésie pulsionnelle. Les retours de l'inconscient amental ne sont pas des retours du refoulé (acte manqué, lapsus, souvenir de couverture, rêve, fantasme, symptômes), mais à la place viennent des passages à l'acte compulsifs ou des crises somatiques. Entre les deux secteurs de l'inconscient, il n'y aurait pas de communication, mais un clivage, d'où résulteraient deux modes de fonctionnements distincts à l'intérieur du même appareil psychique qui peuvent coexister sans se nuire l'un à l'autre. Toute déstabilisation de ce clivage se traduirait cliniquement par une crise psychopathologique (décompensation).

Les TMS peuvent être analysés à la lumière des effets de la contrainte répétitive sur le fonctionnement psychique. La normalité des opérateurs et des opératrices, qui souffrent du travail répétitif sous contrainte de temps dans le secteur des services, paraît obtenue au prix de désordres importants du fonctionnement psychique et de l'activité de la pensée.

L'anesthésie psychique obtenue par la répression fonctionne aussi comme anesthésie physique aux états affectifs et à la douleur (E. Zulmira Rossi, A. Magnolia Mendes, 2009). Dans ce cas, la douleur ne remplit plus son rôle de signal d'alarme vis-à-vis des dangers qui touchent le corps. La douleur fait irruption « trop tard », lorsque la maladie ostéoarticulaire est déjà installée.

Parmi les hypothèses étiologiques, la sédentarité semble plus délétère que les tâches manuelles (qui, elles, sollicitent les muscles agonistes et antagonistes). Les lésions corporelles ne seraient donc pas la seule conséquence de microtraumatismes cumulatifs. Mais la genèse des troubles douloureux serait en lien avec l'entrave de la motricité. Les efforts réalisés pour ne pas bouger, ne pas penser, ne pas sentir, seraient à l'origine d'une dégradation de la santé. « Rester à son poste de travail signifie restreindre la possibilité de satisfaire des nécessités physiologiques comme uriner, excréter, s'alimenter, boire. Pour travailler, le corps doit apprendre à ne pas fonctionner, ou plutôt à fonctionner d'une manière restreinte. Le coût de cet effort serait l'inconfort, les douleurs, les troubles, les lésions » (L. Sznclwar, M. Massetti, 2002).

Les atteintes douloureuses ont contribué à révéler l'importance de la gestuelle dans le travail. Le travail peut être source de plaisir s'il permet, en dépit des contraintes du réel de l'organisation, un « exercice inventif des corps » (M. Pezé, 2003). En ce sens, les gestes de travail sont au service de la symbolisation, parce qu'ils favorisent l'expression subjective et engagent de manière spécifique l'expérience du corps au service du sens. L'expérience du travail passe toujours par une mobilisation du corps érotique (*cf.* Partie I) et de l'agir expressif qui désigne la manière dont le corps se mobilise au service de la signification. L'entrave issue des modalités organisationnelles sur les gestes est source de souffrance (F. Derriennic et al., 1997) parce qu'en situation de contrainte, l'agir expressif qui organise la dramaturgie corporelle et soutient la dynamique intersubjective est mis en impasse, soit par les propres mouvements d'inhibition du sujet, soit par un déni formulé par le ou les partenaires de l'interaction.

Par ailleurs, le rapport direct avec les clients qui tend à se généraliser pose la question du destin de l'agressivité. Des études sur le travail de téléopérateur par exemple soulignent la pénibilité de ce type d'activité : soumission à des impératifs de production élevés, surveillance permanente par l'enregistrement des activités et écoute aléatoire par les superviseurs, autonomie réduite entrent en concurrence avec la qualité d'interaction avec le client parfois lui-même agressif, ce qui nuirait à la qualité du travail. Loin de favoriser l'expression de l'agressivité, l'organisation du travail de téléopérateur aurait tendance à renforcer le recours à la répression psychique par le recours

à l'auto-accélération pour « se prémunir du risque d'être pris en défaut » par les pratiques de contrôle permanent (C. Bouvet, F. Schneider, 2007).

Enfin, le monde du travail se trouve transformé par la place majeure accordée à la qualité totale et à l'évaluation. L'évaluation individualisée des performances, couplée à la gestion par objectifs, conduit à la mise en concurrence généralisée entre agents, entre services, entre établissements. Quand elle n'est pas associée à des gratifications, mais à des sanctions (mise au placard par exemple) ou à des menaces de licenciement, elle aboutit à l'individualisation, puis à la méfiance et peut dériver jusqu'aux conduites déloyales entre collègues. Ces pratiques s'accompagnent d'une déstructuration majeure de la confiance et de la coopération dans le travail, fragilisant les ressources défensives élaborées collectivement pour se protéger des effets pathogènes des contraintes de travail. Les évaluations peuvent par ailleurs être utilisées comme moyen de pression et générer des risques importants de surcharge de travail (C. Dejours, 2003).

Syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out*

Les descriptions princeps ont été faites chez les soignants et les travailleurs sociaux. Le terme *burn out syndrome* qui apparaît dans les années 1970 aux États-Unis (H.J. Freudenberger, 1974) met l'accent sur l'usure, l'épuisement devant une demande trop importante d'énergie et de ressources avec le risque de se « consumer », de se « brûler ».

La « fatigue de compassion » a également été décrite comme la résultante d'un engagement professionnel auprès de personnes présentant une grande détresse psychologique ou un état traumatique, notamment chez les humanitaires et les professionnels des services d'urgence et de secours. Dans certains cas, la fatigue de compassion précéderait le *burn out* (M. de Clercq, F. Lebigot, 2001).

Clinique

Sur le plan descriptif, trois dimensions caractérisent le syndrome (C. Maslach, S.E. Jackson, 1981 ; P. Canoui, 2008) :

- l'épuisement émotionnel qui est au centre du syndrome ;
- la « dépersonnalisation » et la déshumanisation de la relation interpersonnelle, qui conduisent à une perte d'empathie, un détachement progressif, une routine dans les pratiques de soin avec une tendance à traiter le patient comme une chose ;
- la diminution de l'accomplissement personnel qui résulte de l'engagement éperdu dans l'activité aboutissant à l'épuisement et à la perte d'efficacité qui génère le doute sur ses propres capacités.

Le *burn out* ne représente pas une catégorie nosographique particulière dans la mesure où les signes cliniques qui le caractérisent ne sont pas spécifiques. Il est toutefois possible de repérer certaines manifestations physiques et psychiques qui renseignent sur l'état physique et psychique consécutif à la surcharge de travail ;

Sur le plan physique sont présentes des plaintes mal définies :

- des troubles du sommeil ;
- une fatigue excessive ;
- des manifestations gastro-intestinales ;
- des douleurs dorsales ;
- de vagues douleurs cardiaques.

Les atteintes psychiques sont subtiles et se présentent comme inhabituelles pour le sujet :

- détachement progressif ;
- irritabilité ;
- méfiance ou rigidité envers autrui ;
- perte d'estime de soi ;
- perte de confiance en soi ;
- pessimisme accru ;
- variations de l'humeur.

Ce type de manifestation psychopathologique qui touchait auparavant les professions impliquant une relation d'aide, d'assistance ou de soin, tend à se propager à l'ensemble des activités « de service » qui sollicitent la participation émotionnelle des employés, en vue de répondre à la demande du client, de l'usager ou du malade.

Analyse

La question de l'épuisement au travail est ancienne et a été l'objet des premières recherches en psychopathologie du travail (névroses des téléphonistes, J. Bégoïn, L. Le Guillant, 1958 ; fatigue « nerveuse », C. Veil, 1952).

Les études plus récentes insistent sur les « risques psychosociaux » des métiers du soin, de l'aide à la personne et de service. Les soignants seraient plus vulnérables à l'épuisement professionnel en raison de leur proximité avec la souffrance et la mort. Le *burn out* résulterait du non-aboutissement du travail émotionnel (A. Hochschild, 1983) dans lequel la dimension affective prendrait le pas sur le « détachement moral » qui convient.

L'analyse des processus psychiques dans le cas des pathologies de surcharge met en évidence plusieurs problématiques résultant des spécificités des activités de service dans le cadre de l'évolution contemporaine de l'organisation du travail.

– Toutes les activités qui renvoient à l'économie des services ou encore du soin ne produisent pas d'objets visibles, car l'efficacité de ces activités est dépendante de leur invisibilité (*activités « discrètes » et « immatérielles »*), ce qui soulève de sérieuses difficultés quant à leur reconnaissance (C. du Tertre, 2008). Dans le cas des procédures d'évaluation du travail par les usagers bénéficiaires des services proposés ou des soins apportés, ces difficultés sont majorées quand cette forme de jugement condense à elle seule l'évaluation du travail des équipes. La substitution de la « gratitude » des usagers (P. Molinier, 2006) à la reconnaissance conférée par des jugements

portant sur le travail peut dans certains cas conduire à de véritables « dénis de reconnaissance », face auxquels le surinvestissement de la relation aux usagers peut devenir une modalité de défense individuelle spécifique. On retrouve alors au premier plan l'expression d'idéaux élevés déjà évoqué par Freudenberger dans ses descriptions *princeps* du *burn out*. L'investigation à partir de la clinique du travail suggère que le *burn out* ne touche pas de manière spécifique les sujets présentant des idéaux élevés, mais plutôt que les répercussions de l'organisation du travail sur le fonctionnement psychique actualisent un conflit psychique mettant en jeu l'instance du Moi Idéal. Ce type de conduite, qui vise à alimenter le narcissisme par un surinvestissement de la relation à l'utilisateur ou au client, est généralement le témoin de l'altération, voire de la disparition de la délibération collective sur le travail.

– Le *travail de soin* qui se caractérise par une relation construite autour du rapport au corps du malade, mobilise une expérience émotionnelle qui va prendre différentes tonalités (P. Mercadier, 2002). Ce type de travail génère de la souffrance, de la gêne, du dégoût, de l'excitation, de la peur dans la rencontre avec les malades. Supporter les sentiments et les affects contradictoires générés par les spécificités du travail en vue de maintenir la relation suppose de pouvoir les élaborer psychiquement. Ce travail d'élaboration requiert non seulement des dispositions individuelles, mais dépend également de conditions sociales à travers un exercice collectif de délibération sur le travail concret. À défaut de ce temps d'élaboration, il est possible de se préserver individuellement en mettant à distance les affects suscités par la rencontre avec les patients. L'évitement, la « déshumanisation » ou la « chosification » des patients, que l'on retrouve en tant que signes caractéristiques du *burn out*, en sont des formes cliniques courantes.

Le conflit entre la référence à la gestion qui vise la maîtrise des coûts et la référence au travail peut s'illustrer à partir de la crise qui touche le milieu hospitalier. Dans le cadre de la tarification à l'activité, les objectifs fixés apparaissent en contradiction totale avec la nature effective du travail de soin. Les soignants se retrouvent confrontés au fait qu'ils sont conduits à moins bien travailler (en faisant sortir plus vite des patients dont l'état n'est pas stabilisé), alors qu'ils disposent pourtant d'outils ou de médicaments plus performants. D'autres sont conduits à effectuer des pratiques moralement répréhensibles comme par exemple « sélectionner » ou « trier » les patients, en accueillant les moins dégradés sur le plan physique et refusant l'hospitalisation de malades présentant des affections chroniques ou des polyopathologies invalidantes. La souffrance ressentie résulte ici de la compromission avec le système de gestion pourtant dénoncé. L'engagement éperdu dans l'activité, au risque de l'épuisement physique et psychique, représenterait une manière de ne pas penser le conflit de rationalité morale généré par les contradictions du travail.

– Dans les activités de service, une dimension particulière porte sur la « gestion » et le *façonnement des émotions* en vue de favoriser l'échange avec le client. Dans la conception d'A. Hochschild (1983/2003) c'est la perspective

de la gestion des émotions qui est envisagée comme un travail. Le « travail émotionnel » désigne « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment ». L'intérêt de la notion réside dans la mise en évidence de la complexité des types d'activité qui engagent la dimension relationnelle. La prescription et le contrôle des usages du corps (A. Jeantet, 2003 ; J. Calderon, 2005) mobilisent de manière spécifique l'expression des sentiments, pouvant aller jusqu'à susciter un vécu d'étrangeté à soi-même, en particulier quand les émotions mobilisées dans le travail se cumulent avec les sollicitations de la vie familiale (A.S. Wharton, 2004). Le risque de présenter une détresse psychologique et des symptômes dépressifs serait plus élevé chez les travailleurs engagés dans un travail émotionnellement exigeant et se trouvant en situation d'isolement vis-à-vis du collectif (M. Vézina, L. St Arnaud, 2011).

– Dans le *burn out*, l'*engagement personnel* est identifié comme le facteur de risque principal : c'est dans l'implication et la conscience professionnelle, qui sont aussi des conditions de la performance et se révèlent particulièrement appréciées par les collègues et les supérieurs hiérarchiques, que réside la vulnérabilité. Cette contradiction est pourtant ce qui caractérise les ressorts psychologiques de l'engagement subjectif en situation de travail. Une recherche (G. Doniol-Shaw et al., 2009) portant sur les parcours professionnels des femmes travaillant dans le secteur des emplois familiaux (aides à domicile) et exerçant auprès de personnes adultes malades, ou handicapées le plus souvent vieillissantes, a mis en évidence un engagement paradoxal de ces professionnelles. La lourdeur des situations rencontrées parfois à la limite du supportable (amoncellement de détrit, déjections humaines/animales, consommation d'alcool) suscitant du dégoût et de la répulsion coexiste avec un engagement majeur dans l'action pour tenter de transformer ces situations alors qu'elles pourraient décider de s'en extraire (car ces situations ne relèvent pas de leur fonction). L'originalité de cette recherche réside dans le fait qu'habituellement, les tâches rebutantes, désignées comme du « sale boulot » (cf. Partie I) font l'objet d'un mécanisme de délégation, où un groupe professionnel cherche à se décharger sur un autre groupe professionnel pour la réalisation des tâches ingrates (par exemple les situations étudiées par C. Arborio à propos des infirmières et des aides-soignantes à l'hôpital, 2001). L'élucidation de ce paradoxe apparent réside dans les déterminants du rapport subjectif au travail qui se caractérisent, chez les professionnelles rencontrées, par une conception du travail conçu comme un travail d'aide à la personne engageant leur responsabilité face à la vulnérabilité et non un travail de service qui se réduit aux tâches ménagères. Dans les situations repoussantes, la capacité de maintenir l'investissement du travail et d'établir une forme singularisée de compromis entre la réalité psychique et les contraintes du travail réside dans le sens attribué au travail, ainsi que dans les modalités originales de coopération avec les bénéficiaires.

Cet exemple *a contrario* révèle le cheminement complexe de la sublimation, entre les exigences pulsionnelles individuelles et la dynamique de la reconnaissance qui contribue à donner une forme « socialement valorisée »

aux investissements du travail. Il n'existe pas de rapport « mécanique » entre l'engagement dans le travail et les rétributions symboliques issues des jugements formulés sur le faire qui participent à la conquête de l'identité dans le champ social. Il subsiste toujours un « reste » qui détermine les modalités singulières d'« appropriation » des appréciations portées sur les habiletés déployées en vue de réaliser le travail.

Hyperactivité et dopage au travail

Hyperactivité

Sur le plan historique, les rapports entre hyperactivité et travail avaient déjà été envisagés par des psychanalystes, sous la forme de la « névrose du dimanche » (K. Abraham, 1919). Ils pensaient qu'une activité de travail intensive avait pour fonction de protéger le sujet contre l'apparition de troubles névrotiques, en détournant les exigences pulsionnelles vers un autre but, ici l'activité de travail excessive.

Plus récemment, des travaux en France et aux États-Unis mettent en évidence la progression de l'hyperactivisme professionnel depuis une dizaine d'années. L'augmentation de ce type de troubles représente un paradoxe dans un contexte « officiel » de réduction du temps de travail, de flexibilité (« horaires à la carte », « télétravail ») et de nouvelles organisations du travail qui sont censées valoriser l'autonomie dans le travail.

Clinique

Les observations cliniques révèlent des troubles envisagés en termes de dépendance voire d'addiction au travail, du fait de la nature compulsive de l'activité professionnelle chez des sujets décrits comme des « bourreaux de travail » ou *addicted to work*. Ce type de troubles touche toutes les catégories professionnelles, aussi bien les ouvriers, les soignants, les artisans ou les cadres des grandes entreprises.

Le *workaholisme* (W.E. Oates, 1971) désigne une forme de surinvestissement professionnel qui revêt un caractère pathologique, dont les caractéristiques sémiologiques s'approchent d'une conduite de dépendance. Le phénomène doit être durable et persister malgré les conséquences négatives sur la santé ou sur la vie familiale et sociale. Le néologisme *workaholism* cherche à désigner des conduites au cours desquelles, le sujet n'est pas seulement engagé dans des conduites de surmenage professionnel, mais dans un détournement du travail à partir duquel le sujet va « s'enivrer » en consacrant toujours plus de temps et d'énergie à ses activités professionnelles. Le profil psychologique du « bourreau de travail », proposé par Spence et Robbins (1992), se caractérise par trois dimensions : un engagement majeur dans le travail (*high work involvement*), une compulsion à travailler (*high drive to work*) et peu de satisfaction éprouvée dans le travail (*low work enjoyment*) et a donné lieu à la conception d'une échelle d'évaluation spécifique (*The Workaholism Battery*, 1992).

Les explications et modèles psychopathologiques de ce phénomène mettent l'accent sur les types de personnalité prédisposant à la survenue d'un syndrome de dépendance au travail (personnalité de type A caractérisée par l'impatience et l'agressivité ou des personnalités répondant aux critères des personnalités obsessionnelles compulsives décrites dans le DSM-IV [D. Castro, 2004 ; J.L. Venisse, 1991]).

Analyse

Dans les cas d'hyperactivisme et de présentéisme, l'impossibilité de penser son travail et la saturation du fonctionnement psychique qui en découle peut brutalement entraîner des troubles anxieux, des sentiments récurrents de baisse d'estime de soi, des troubles du sommeil qui peuvent aller jusqu'à un effondrement dépressif. Ici le modèle de l'auto-accélération qui conduit au mécanisme psychique de la répression pulsionnelle déjà exposé, permet de saisir les risques pour la santé du sujet. L'emballement de la fonction défensive de l'immobilisation du fonctionnement psychique par la saturation du système perception-conscience peut en effet évoluer vers des décompensations mentales ou somatiques. Les risques d'épuisement, voire d'effondrement du sujet sont à la mesure de son engagement dans un travail impossible à penser à cause des conflits éthiques que cela engendrerait, ou bien rendu impossible à effectuer par manque de moyens.

Du point de vue de la psychopathologie psychanalytique, les sujets donnant dans des conduites addictives présentent des caractéristiques du fonctionnement psychique marquées par la sensibilité à la perte d'objet. Le surinvestissement de la réalité externe aurait pour fonction de soutenir la lutte contre la dépendance et les tentatives pour combler le vide interne consécutif à des vécus de perte d'étayage précoces. Ces caractéristiques du fonctionnement psychique conduisent certains auteurs à proposer un rapprochement entre les sujets présentant des addictions et des sujets présentant des décompensations somatiques (J. Mac Dougall, G. Pirlot, 2002). La surcharge psychique qui caractérise l'hyperactivité se rapproche de la sémiologie de la pensée opératoire, décrite en psychosomatique (P. Marty, M. de M'Uzan, 1963). Le surinvestissement de l'activité professionnelle mobilisant les investissements intellectuels et sensori-moteurs serait l'équivalent d'un procédé auto-calmant, visant à combattre l'émergence de l'angoisse. L'hyperactivité représenterait dès lors une modalité de défense contre le vide interne et les difficultés de mentalisation de l'angoisse, de la dépression et des conflits psychiques.

La soumission à l'organisation du travail qui accompagne l'hyperactivité peut être également analysée à la lumière de l'hypothèse de l'intériorisation de la culture d'entreprise et du culte de l'excellence et de la performance comme le propose la psychosociologie. Les formes de management moderne visent l'adhésion du sujet à la culture de l'entreprise par la sollicitation des identifications aux idéaux de l'entreprise, la valorisation du prestige et des bénéfices pour le sujet s'il adhère et participe activement aux performances de sa société. La sollicitation de l'idéal dans le travail contribue à occulter le travail réel et inciterait à la dissimulation et à la simulation en faisant « comme si » il était

possible d'atteindre l'idéal (M.A. Dujarier, 2006). Les discours managériaux et les organisations ayant normalisé l'idéal solliciteraient de manière élective le registre narcissique et en particulier l'Idéal du Moi, en exaltant la responsabilité individuelle et prescrivant la toute-puissance, comme une valeur.

Cependant, le diagnostic étiologique dans les cas d'hyperactivité se révèle complexe dans la mesure où le rôle des contraintes organisationnelles ne peut être considéré comme un déterminant unique des conduites, mais est étroitement intriqué aux dimensions intrapsychiques. Les nouvelles techniques d'évaluation individuelle des performances associées au management par objectif, sans qu'il soit tenu compte des moyens, à l'augmentation de l'autonomie sans reconnaissance des termes de la responsabilité, au contact direct avec le client, contribuent effectivement à augmenter la charge psychique. Les discours idéologiques sur l'autonomie dans le travail contrastent avec les pratiques des contrats d'objectifs individuels qui demandent aux salariés de faire face seul aux contraintes matérielles et d'en assumer les résultats et par conséquent les échecs possibles, ce qui s'avère particulièrement risqué sur le plan subjectif.

Mais pour un clinicien, une observation seulement centrée sur le sujet sans tenir compte de son rapport au travail, risque de fausser la compréhension des troubles. Tous les cas d'activisme ne peuvent pas être analysés comme la conséquence d'une adhésion, ou d'une « intériorisation » de l'imaginaire social du capitalisme (N. Aubert, V. de Gaulejac, 1991) chez des individus présentant une structure psychopathologique de type névrose de caractère ou de comportement (P. Marty, 1991). Le discours manifeste du sujet hyperactif, qui se réfère à l'idéologie de la performance, apparaît d'abord comme l'expression du processus de rationalisation visant à justifier les conduites d'hyperactivité et non comme l'expression des désirs du sujet. Par ailleurs, ce qui passe pour des conduites masochiques qui sous-tendent la complaisance, voire la soumission de certains sujets à leur situation de travail, ne rend pas compte de la majorité des situations de dépendance au travail. La solution masochique serait en réalité « salutaire » pour ces sujets (C. Dejours, 2004), en représentant un des moyens convoqués pour tolérer et « endurer » (D. Rosé, 1997) la souffrance au travail.

L'investigation psychodynamique met en évidence que l'hyperactivité au travail apparaît comme la conséquence des efforts majeurs déployés par le sujet pour faire face à l'augmentation des contraintes imposées par l'organisation du travail et continuer à fournir un travail de qualité, et ce, quelle que soit sa structure de personnalité. Le travail clinique vise à permettre au sujet d'identifier ce qui a présidé au mouvement de bascule dans les conduites hyperactives, en vue de permettre un réaménagement du rapport subjectif au travail à partir de l'élaboration psychique de la souffrance.

Addictions en milieu professionnel

Clinique

L'addiction, qui est une entité transnosographique, recouvre les conduites de toxicomanie, d'alcoolisme et celles entraînant une dépendance avec ou

sans produit (G. Pirlot, 2009). Des addictions à différentes substances peuvent être distinguées : tabac, alcool, médicaments ou psychotropes, drogues telles que cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines ou ecstasy.

Si le « risque alcool » est bien connu dans les milieux ouvriers, il apparaît que les addictions concernent en réalité toutes les catégories socioprofessionnelles. Ces comportements sont généralement appréhendés à partir des risques pour la santé et pour la sécurité qu'ils entraînent (risques accrus d'accidents du travail). Certains secteurs ont fait l'objet d'études spécifiques (travail posté, travail de nuit et travail isolé, postes à responsabilités élevées).

Les consommations seraient plus élevées ou plus fréquentes chez les personnes affectées à des postes à risques. Dans une perspective psychodynamique, la conduite addictive est resituée dans le cadre des pratiques de travail prenant en compte la division du travail. L'instauration d'une dépendance vis-à-vis de substances, qui se traduit par un usage compulsif mais souvent dénué de plaisir, témoigne de la lutte engagée par le sujet pour tenir en situation de travail. L'analyse des systèmes de défense, élaborés individuellement et collectivement pour se protéger de la peur générée par les manœuvres dangereuses qu'implique le travail, déplace l'attribution de la responsabilité individuelle, vers l'organisation du travail en particulier en cas d'accident (H. Karam, 2011).

D'autres descriptions cliniques mettent en évidence des pratiques de « *dopage* » en particulier chez les cadres. Le terme de « dopage » désigne des pratiques de consommation chez les cadres de substances diverses et variées, licites ou illicites, plus ou moins puissantes, pharmacologiquement actives ou non, en vue de faire face à leurs obligations professionnelles (M. Hautefeuille, 2008). La comparaison avec le milieu sportif apparaît justifiée pour rendre compte de la primauté accordée à la performance. La consommation de ces patients qui consultent pour ce type de troubles est réalisée dans la solitude et suscite de la honte et de la culpabilité. La consommation débute généralement à l'issue d'une symptomatologie anxio-dépressive, avec troubles du sommeil associés, qui entraîne la prise d'antidépresseurs. Le mouvement de bascule dans les conduites de dopage intervient au moment où les patients entament une pratique d'automédication, l'augmentation des doses ayant pour fonction de se stimuler et d'être plus « imperméables au stress ». L'association anarchique d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et de somnifères aboutit à une surcharge médicamenteuse qui ne permet pas de contrecarrer le sentiment de ne pas pouvoir faire face aux objectifs assignés. Certains patients se retrouvent ainsi à consommer simultanément différents produits : stimulants la journée (caféine, amphétamines, cocaïne, cocktails de vitamines...) et anxiolytiques et somnifères pour tenter de faire céder l'état d'excitation et trouver le sommeil la nuit.

Analyse

La prise en charge et les réflexions sur la prévention de ces troubles nécessitent une discussion sur l'étiologie qui prenne en compte l'analyse de la tâche et les aménagements subjectifs que le travail exige.

L'analyse étiologique des pratiques d'alcoolisation dans le cadre du travail contribue à insister sur la fonction défensive de l'alcool. Dans certains métiers, l'insécurité fait partie intégrante du travail et de son organisation. Tant que des risques persistent, la poursuite du travail nécessite la mise en place de stratégies défensives pour lutter contre la peur, dans lesquelles les boissons alcoolisées jouent un rôle non négligeable. L'alcool recèle en effet des fonctions anxiolytique et désinhibitrice qui visent à calmer l'angoisse. La fonction anxiolytique de l'alcool est mise au service de l'engourdissement de la pensée et de la neutralisation de la peur, tandis que par sa fonction désinhibitrice, il contribue à entretenir la maîtrise symbolique du risque. La reprise du travail dangereux est facilitée par l'alcool qui tient également une place majeure dans la formation et l'entretien de la cohésion du groupe. La consommation d'alcool, associée à la convivialité, à la bonne chère, est mise au service des stratégies défensives en particulier dans les collectifs masculins organisés par les valeurs viriles (*cf.* Partie I) et contribue à occulter la peur en entretenant le déni sur les risques du travail. Ne pas participer aux pratiques de consommation d'alcool est souvent perçu comme un manque de courage. Si l'alcoolisme ne peut être expliqué dans son intégralité par la souffrance en lien avec le travail, la consommation d'alcool peut être érigée au rang d'une défense spécifique au regard du travail. Chez les militaires en opération extérieure par exemple, les pratiques d'alcoolisation remplissent une fonction cohésive et défensive en permettant de lutter contre certaines dimensions du travail comme la fatigue physique, le déracinement affectif ou la désillusion professionnelle (E. Prévot, 2007).

La consommation d'alcool prolongée dans l'espace privé pose le problème du « relais » de la stratégie collective de défense. La participation à une stratégie collective de défense, produit en effet toujours des impacts sur la vie privée (*cf.* Partie I). Il s'agit essentiellement pour le sujet, comme pour sa famille, de maintenir une économie des relations familiales qui permette de ne pas déstabiliser les postures défensives, afin de se protéger contre le retour de la peur et de la souffrance qui s'avèrent incompatibles avec la poursuite du travail.

Les toxicomanies, contrairement aux pratiques de consommation d'alcool dans le cadre du travail, renvoient à des conduites individuelles qui sont au service du maintien de l'excitation, en vue de faire face à la charge de travail. Tabagisme, alcoolisme, ou encore jeu compulsif représenteraient, dans certains cas, des « addictions substitutives » permettant de lutter contre le risque de l'état de manque lié à l'arrêt du travail (M.P. Guiho-Bailly, 2004). La toxicomanie peut également revêtir une fonction défensive en permettant aux sujets d'anesthésier la souffrance et d'affronter le danger dans certaines situations comportant des risques importants d'accidents.

Dans le cas des pratiques de dopage, la fonction principale du recours au produit est de garantir l'efficacité pour « assurer » en toutes circonstances (tenir les délais dans les négociations de contrats ou élaboration de projets, lutte contre le *jet lag*...). Les modes de consommation diffèrent donc de ceux habituellement retrouvés dans les toxicomanies qui se manifestent par

leur caractère compulsif. Comme il s'agit de conserver un état d'excitation constant en situation de travail, la cocaïne sera consommée sous la forme de « micropointes » tout au long de la journée et non pas sous la forme de *shoot* qui modifient considérablement l'état psychique.

Troubles du jugement et de la pensée

Clinique

Des troubles cognitifs qui révèlent la perte d'emprise sur le réel peuvent apparaître et prendre la forme :

- d'un syndrome déficitaire en secteur. Les atteintes cognitives comme les troubles mnésiques, un raisonnement paralogique ou infantile, des troubles du jugement, une désorientation spatio-temporelle ne concernent que le champ des activités professionnelles, tandis que subsiste un fonctionnement psychique sain en dehors du travail ;
- d'un syndrome confusionnel ou pseudo-déméntiel se traduisant par des atteintes sévères des fonctions cognitives : désorientation spatio-temporelle d'intensité variable, troubles de la mémoire (oubli au fur et à mesure, fausses reconnaissances, difficultés à évoquer des souvenirs anciens), troubles majeurs de l'attention et de la concentration entraînant des répercussions importantes dans la vie quotidienne (difficultés à suivre une conversation, à organiser le cours de sa pensée, difficultés de lecture), troubles moteurs se traduisant par une maladresse et une perte des savoir-faire antérieurs.

Analyse

L'apparition de troubles cognitifs en situation de travail est fréquente, mais peu documentée. Leur analyse peut être éclairée par les recherches expérimentales portant sur la double tâche. Ce dispositif de surcharge expérimentale révèle la concurrence entre la saturation perceptive (impossibilité de contrôler consciemment plusieurs choses à la fois, même si l'on peut faire plusieurs choses à la fois) et l'activité psychique spontanée et conduit à l'apparition de phénomènes de désorientation et d'agressivité (J. Kalsbeek, 1985). L'accélération d'ordres contradictoires et le brouillage des repères en situation de travail peuvent conduire à des troubles de la cognition tels que le syndrome déficitaire en secteur. Quand le travailleur se retrouve dans l'impossibilité de formuler un jugement sur l'utilité ou la conformité de son travail avec les règles de l'art, le cours de sa pensée peut être atteint et toucher de manière élective le champ du travail. En effet, ces troubles peuvent passer facilement inaperçus si, au cours des entretiens avec le sujet, on ne croise pas la zone perturbée du fonctionnement psychique en centrant les échanges sur le rapport au travail (P. Molinier, A. Flottes, 1999).

Dans d'autres situations, la compromission de la capacité de penser peut toucher l'ensemble du fonctionnement psychique, et conduire à des états confusionnels, ou pseudo-déméntiels (M.P. Guiho-Bailly, P. Lafond, 2010).

Le syndrome d'allure démentielle qui se caractérise par la détérioration des processus de pensée et l'atteinte spécifique de la faculté de jugement témoigne de la sévérité de l'atteinte identitaire. La défaillance des processus secondaires entrave les capacités logiques et l'attribution de significations aux événements comme aux contenus du travail.

Dans des contextes de restructuration qui instaurent la polyvalence et la flexibilité où l'accroissement des tâches doit être régulé seul, la désorganisation imposée par les contraintes organisationnelles peut entraîner des répercussions sévères sur les capacités cognitives : interruption intempestive de l'activité, imprévisibilité des tâches à effectuer, remplacement au pied levé, redéploiement sur des tâches jugées prioritaires sont susceptibles de désorganiser le fonctionnement cognitif du fait de la saturation du système perception-conscience qu'ils provoquent.

L'apparition de troubles affectant le fonctionnement cognitif pose des problèmes pratiques, dans la mesure où les instruments au service de la pensée et nécessaires à l'élaboration de l'expérience de travail et de la souffrance qui y est liée sont justement mis en défaut. La désorganisation qui touche les connaissances sur ce qui est opérant ou non dans l'exercice du travail, juste ou injuste, bien ou mal, révèle l'inconsistance des processus cognitifs et perturbe les capacités de décision et d'action.

Illustration clinique

Jeannine⁸ est une femme de quarante ans, reçue en consultation dans un service psychiatrique pour des troubles cognitifs et psychomoteurs. Elle apparaît épuisée, irritable, présentant des insomnies et ralentie sur le plan psychomoteur. Elle présente également des troubles de la mémoire : perd ses affaires, interrompt en cours de route ses activités sans se souvenir du motif d'interruption ; ainsi que des troubles de l'attention et de la concentration. Mais elle semble particulièrement inquiète concernant l'aggravation des troubles psychomoteurs qui se traduisent par la perte de ses capacités manuelles et créatrices dont elle était fière : elle casse les objets, elle rate ses recettes de cuisine, elle se trouve démunie pour la réalisation des activités les plus simples. Elle choisit de s'isoler pour éviter d'alerter ses relations sociales et familiales, mais se montre soucieuse à propos de son travail, dans lequel ses troubles commencent à lui poser problèmes. Elle occupe, depuis un an, un poste d'employée de commerce dans un grand magasin spécialisé dans l'habillement et le tissu d'ameublement. Elle a trouvé ce poste à la suite de la construction d'un projet professionnel de reprise d'emploi élaboré parallèlement à un travail psychothérapique initié après une tentative de suicide trois ans auparavant. Le travail clinique réalisé à la suite du passage à l'acte avait conduit à resituer le geste suicidaire (absorption de médicaments) dans le contexte de transformations de la vie familiale (départ des enfants du domicile, retour à une vie de couple, absence de projet « utile » à réaliser, attente anxieuse du vieillissement, de la maladie et de la mort). L'insertion professionnelle qui a suivi a contribué à



8 Guiho-Bailly M.P., Lafond P. (2010). Docteur, l'Alzheimer à mon âge ça se voit ? (Présentation clinique). In : Dejours C. (éd.). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : PUF.

- ▷ soutenir une forme d'accomplissement personnel en mettant au service de son activité de travail ses compétences et « qualités féminines » qui avaient étayé son identité dans les tâches domestiques et familiales. La crise psychique actuelle s'inscrit dans une évolution de sa situation de travail suite à la mise en place par la direction de restructurations basées sur la polyvalence des effectifs et sur la flexibilité des horaires. Les activités des vendeuses et vendeurs se voient progressivement transformées : il est attendu de pouvoir assurer de manière interchangeable les services à la clientèle, la gestion des stocks, de passer des commandes, de faire la manutention des vêtements et tissus, de remplacer les collègues absents, de former les nouvelles recrues... L'imprévisibilité des tâches, associée au manque de reconnaissance et à la perte d'autonomie dans le travail, pèse de manière pénible sur les salariés et contribue à dégrader l'ambiance et la solidarité entre collègues. Les troubles cognitifs qui se déclenchent résultent de la parcellisation des tâches qui induit un mode d'investissement psychique fragmenté : le travail à accomplir est devenu « irreprésentable ». Le travail d'élaboration du mouvement de déstructuration cognitive à partir d'une prise en charge spécifique (consultations avec le psychiatre centrées sur la situation actuelle de Jeannine et séances de relaxation) va aboutir à la sédation de la symptomatologie. Une reprise du travail après un arrêt maladie de trois mois se fera progressivement (mi-temps thérapeutique) dans le contexte d'un changement dans l'organisation du travail déclenché à l'issue d'un signalement sur les problèmes de santé mentale effectué par le médecin du travail et de la mobilisation conjointe de Jeannine et de ses collègues auprès de l'inspection du travail.

Suicides et tentatives de suicide

Les suicides et tentatives de suicide représentent une entité psychopathologique complexe qui soulève des questions théoriques et pratiques majeures. Malgré le caractère impulsif qui préside à la réalisation du passage à l'acte, il est fréquent de distinguer, sur le plan clinique, les tentatives de suicide de l'adolescent de celles de l'adulte. Les suicides et tentatives de suicide en lien avec le travail sont aujourd'hui reconnus, en grande partie du fait de leur médiatisation, et font l'objet d'une attention particulière de la part des professionnels engagés dans les démarches de prévention du suicide.

Les suicides et les tentatives de suicide sur les lieux de travail sont un phénomène récent, apparu au cours des années 1990 dans la plupart des pays occidentaux. Pendant longtemps, la principale catégorie socioprofessionnelle touchée était celle des agriculteurs (pour lesquels les lieux de vie et de travail étaient confondus, et qui étaient confrontés à la solitude dans le travail), mais les suicides en lien avec le travail concernent en fait l'ensemble des catégories socioprofessionnelles.

La plupart des études cherchent à identifier des facteurs de risque suicidaire, (le stress éprouvé au travail étant un des facteurs évoqués parmi d'autres), aboutissant à l'hypothèse selon laquelle le risque de se suicider varie en fonction des catégories professionnelles : militaires, policiers, médecins et infirmières, ou encore ouvriers de l'industrie minière (T. Liu, J.W. Waterbor, 1994 ;

C. Conroy, 1989 ; Kposova, 1999 ; R. Tyssen, P. Vaglum, 2002) seraient les catégories d'emploi pour lesquelles les taux de suicide seraient les plus élevés. Le chômage représenterait également un facteur de risque important au regard du passage à l'acte suicidaire, du fait de la précarité des conditions sociales et matérielles que la perte d'emploi peut générer, mais également de la fragilisation de la santé mentale consécutive à la perte d'emploi (E. Lahelma, J. Lönnqvist, 2001 ; M. Debout, 2002).

Cependant, dans la plupart des pays⁹ et notamment en France, il est impossible de savoir précisément combien de suicides en lien avec le travail se produisent chaque année, dans la mesure où il n'existe pas de rubrique spécifique dans les enquêtes épidémiologiques portant sur les rapports entre suicide et situation professionnelle.

Une seule enquête a été réalisée, en 2002 en Basse-Normandie, étude à partir de laquelle des estimations sont proposées pour la France entière (M. Gournay et al., 2004). Il s'agit d'une enquête par questionnaire menée auprès des médecins du travail à propos de cas de tentatives de suicide ou de suicides liés au travail dans les entreprises dont ils ont la charge, au cours des cinq années précédentes. Cent sept cas de suicides ou tentatives de suicide sur le lieu de travail ont été recensés. Les cas concernent en majorité des hommes, entre trente et cinquante ans sur l'ensemble des secteurs d'activité. Une tentative sur cinq aurait été effectuée sur le lieu même du travail ce qui doit soulever la question du rapport entre situation de travail et suicide.

À partir de cette étude, on estime le nombre de suicides liés au travail en France à trois cents par an.

Clinique

La discussion étiologique reste complexe, pour affirmer ce qu'il en est des incidences de la situation de travail, de conflits personnels et familiaux, d'antécédents psychiatriques. L'approche psychopathologique du suicide insiste sur la vulnérabilité psychique qui préside au passage à l'acte auto-agressif. L'agir suicidaire traduirait l'impossibilité pour l'appareil psychique de maintenir la cohésion entre les exigences pulsionnelles et la pression issue des contraintes de la réalité externe. Les études dégagent plusieurs facteurs de risque dont les principaux sont (E. Birot, P. Jeammet, 1994 ; M. Walter, 2001) :

- sensibilité au traumatisme et au débordement par l'angoisse ;
- défaillance du Moi et du préconscient dans l'élaboration psychique des conflits se traduisant par un recours préférentiel à l'agir ;
- fragilité narcissique rendant le sujet plus vulnérable à la perte et à la séparation, s'accompagnant d'une idéalisation des investissements ;
- recours privilégié à des mécanismes de défense contribuant à l'externalisation des conflits (clivage, déni, projection).

⁹ Aux États-Unis, le *Bureau of Labor Statistics* a dénombré 2 170 suicides liés au travail entre 1992 et 2000, ce qui représentent 3,5 % des accidents du travail recensés sur cette période (<http://www.bls.gov/>).

L'analyse étiologique du geste suicidaire est rendue difficile dans la mesure où le passage à l'acte se présente comme un événement fortement anxiogène pour l'entourage familial de la personne décédée comme pour les collègues de travail. Les différents représentants de l'entreprise sont souvent démunis et il n'est pas rare que les cadres et responsables cherchent à se dégager de leurs responsabilités en attribuant le suicide à des fragilités ou problèmes personnels. Dans ces conditions, les investigations sont difficiles à mener et les cas de suicide au travail sont rarement élucidés de manière directe.

En amont du passage à l'acte, différents éléments peuvent être retrouvés :

- un syndrome anxio-dépressif sévère pour lequel le salarié a consulté son médecin traitant ou le médecin du travail et a pu nécessiter un traitement par antidépresseurs ;
- des transformations structurelles de l'organisation du travail aboutissant à une augmentation importante de la charge de travail vis-à-vis de laquelle le salarié se trouve progressivement « dépassé » (nouvelles responsabilités, refus de mutation par exemple). Les alertes auprès de la hiérarchie, quand elles ne restent pas sans réponse, peuvent conduire à un désaveu ou à une rétrogradation ;
- le passage à l'acte suicidaire intervient à l'issue d'une phase plus ou moins longue pendant laquelle le salarié a tenté de faire face individuellement à la charge de travail.

Analyse

Le suicide, qui correspond au retournement de la violence contre soi, est un phénomène qui reste mal connu. La difficulté majeure dans l'étiologie du suicide réside dans l'appréciation du rôle du travail dans la décompensation psychopathologique. Les explications privilégient deux modèles contradictoires :

- la thèse psychogénétique ou structuraliste qui attribue la conduite suicidaire à des fragilités préexistantes (antécédents de dépression, tendances antisociales, conduites addictives, etc.) ;
- la thèse sociogénétique qui impute un rôle central au management et à l'organisation du travail dans le déclenchement du passage à l'acte.

La tâche du clinicien consiste à remonter jusqu'au sens de la situation pour ceux qui travaillent et sont impliqués dans le travail réel. Quand le passage à l'acte est commis sur le lieu même du travail, le travail ne peut être réduit à un simple facteur de risque ou un facteur « déclenchant » parmi d'autres. Au regard de la centralité du travail, c'est bien l'ensemble de la subjectivité qui est traversée par le travail (*cf.* Partie I). Dans le cas des suicides, il s'avère que ce ne sont pas les individus les plus vulnérables sur le plan psychopathologique qui se suicident, mais qu'il s'agit au contraire de personnes extrêmement engagées et « investies » dans leur travail. C'est même leur aptitude à « gérer » leur stress, à s'adapter aux contraintes de travail et à s'intégrer qui leur permet d'atteindre des objectifs élevés, voire excellents.

L'investissement psychique du travail, qui est au principe du développement des habiletés professionnelles (*cf.* Partie I), trouve son origine dans les

« vulnérabilités » ou les « ratés » du développement psycho-affectif singulier qui grèvent inévitablement le fonctionnement psychique. Les failles individuelles (rigidité morale, caractère obsessionnel, fragilité narcissique, etc.) sont mises au service de l'engagement subjectif dans le travail et peuvent trouver des destins favorables dont le sujet comme l'entreprise peuvent être bénéficiaires. Pour le sujet, il s'agit d'assurer la conquête de son identité en stabilisant les fragilités narcissiques et les défaillances objectales résultant de son histoire infantile. Pour l'entreprise, les caractéristiques psychologiques des individus fonctionnent la plupart du temps comme un levier de la puissance de travail. C'est pourquoi, le passage à l'acte suicidaire dans les cas de suicide au travail ne peut être imputé à une structure psychopathologique particulière (fonctionnements limites ou structure psychotique).

La disqualification de la participation et de la contribution apportées à l'entreprise (par exemple refus de mutation, de promotion, d'avancement, réformes de structure...), attaque l'intégrité narcissique du sujet, et ce, avec d'autant plus d'intensité qu'aucune marque de solidarité ou de reconnaissance de sa situation périlleuse ne lui est formulée par les collègues de travail. Ce n'est pas l'entreprise qui provoque le suicide, mais en retirant soudain au sujet la possibilité de continuer à engager sa subjectivité dans son travail, elle fait obstacle à l'économie des investissements psychiques mobilisés jusque-là, ce qui peut conduire à une crise psychologique sévère ouvrant la voie au processus de décompensation. Le suicide, comme acte de désespoir, s'apparente à une issue face à ce qui se présente comme une menace pour l'identité, du fait de la mise en impasse des investissements pulsionnels dans le travail.

Le processus de déstabilisation par l'entreprise et de défection des solidarités est indépendant de la qualité du travail effectué comme des compétences mobilisées par le salarié. Le suicide apparaît dès lors comme la conséquence d'un niveau ultime de solitude dans un contexte de désolidarisation des collectifs de travail, entraînant avec elle la mise à mal des stratégies défensives. Le suicide au travail est l'expression de la déstructuration de la communauté de travail et des liens à autrui. Nombre de cas recensés sont le fait de salariés intégrés et adaptés à leur travail, reconnus par leurs collègues. Les suicides ne sont donc pas, dans la majorité des cas, le fait d'individus isolés ou mis à part de la collectivité mais reflètent la solitude affective qui existe au sein même de la communauté de travail. Cette solitude a été théorisée par H. Arendt sous le terme de désolation (*loneliness*) qui consiste dans « le sentiment d'inutilité, de non-appartenance au monde, dans l'abandon par autrui, dans le déracinement, dans le sentiment de se faire défaut à soi-même » (S. Courtine-Denamy, préface à l'ouvrage de H. Arendt, 2001).

Illustration clinique

Madame V.B. est une femme de quarante-trois ans qui travaille comme cadre dans une entreprise high-tech multinationale. Suite à ses études scientifiques, elle fait une brillante carrière qui la conduit à prendre en charge la responsabilité du service de formation de son entreprise. À la suite de l'adoption d'un enfant avec son mari avec lequel elle a déjà trois filles, elle demande à travailler



- ▷ à temps partiel, demande qui lui sera accordée mais mal vue par sa hiérarchie. Commencent alors la déstabilisation et le désaveu de son engagement dans son travail : ses responsabilités vont lui être retirées et des missions peu qualifiées vont lui être confiées. Des brimades et des manœuvres humiliantes pour la disqualifier la conduisent à prendre un congé maladie et suivre un traitement psychiatrique en ambulatoire pour dépression. À la reprise du travail, des tâches déqualifiées et subalternes lui sont à nouveau confiées. Elle se suicide peu de temps après en se jetant du haut d'un pont à proximité de son entreprise. Elle laisse une lettre à la déléguée du comité d'entreprise, lui demandant de la rendre publique après sa mort. L'histoire du suicide de Madame V.B. met en évidence les rapports de domination qui alimentent la culture de performance de l'entreprise, et permet de discuter l'hypothèse de nouvelles formes de servitude dans le travail. Les éléments recueillis auprès de l'entourage témoignent de son investissement passionné dans son travail et de sa réussite dans les missions qu'elle entreprend. La vie familiale représente également un pôle d'attachement particulièrement important. Une des caractéristiques de Madame V.B. avant son suicide était d'être d'une grande exigence et de présenter une forme de rigidité morale et psychologique qui lui permettait d'effectuer un travail de grande qualité, reconnu comme tel par son employeur et ses collègues. C'est aussi ce qui la conduit à ne pas céder aux brimades et à l'humiliation une fois le mouvement de disgrâce amorcé. Le point central de l'analyse étiologique du suicide porte donc sur l'ambiguïté de la vulnérabilité psychologique de Madame V.B. : ses caractéristiques psychologiques lui ont permis de répondre aux exigences de qualité et de maintenir une performance de haut niveau, mais précipitent en même temps le mouvement de déstabilisation psychologique qui conduit à la décompensation. La « solution » de pouvoir opposer à la situation critique un désinvestissement du travail s'est avérée impossible, au regard de l'implication subjective nécessaire pour réussir à dépasser les obstacles, endurer les difficultés et trouver une forme d'accomplissement dans le travail. Un facteur supplémentaire revient à l'analyse de la défection des collègues devant la situation d'injustice vécue par Madame V.B. : au management exigeant la soumission et l'adhésion aux valeurs de la performance et de l'autonomie répond une forme spécifique de communauté professionnelle organisée par une « convivialité stratégique ».
-

Psychopathologie du chômage

Les troubles psychopathologiques liés à la perte d'emploi et au chômage bénéficient de l'apport de l'analyse du rapport subjectif au travail. Les études sur les troubles psychopathologiques liés au chômage insistent sur le rôle de l'exclusion économique et sociale qui découle de la perte d'emploi (S. Whul, 1991 ; A. Touraine, 1982 ; M. Bungener, J. Pierret, 1994).

Clinique

Le tableau clinique est dominé par l'expérience de la perte (A. Raix, 1995) : perte d'emploi, perte de salaire, perte d'activité et de statut social, perte des liens sociaux, perte du sentiment d'utilité, etc.

Les mouvements dépressifs, qui se manifestent par des troubles de l'humeur, dominant et peuvent être associés à des troubles somatiques, ainsi que des troubles du comportement (crises clastiques de colère, agressivité).

Laxenaire, dans une publication ancienne (1983) a décrit différentes phases qui alimentent le tableau clinique : période de malaise et d'inquiétude pendant les rumeurs de licenciement – soulagement paradoxal au moment de la mise au chômage – phase d'espoir au cours de la recherche d'emploi – période de rancœur et d'humiliation après des mois de recherche infructueuse – phase d'expression médicale de la dépression – fréquente « cicatrice » narcissique en situation de réemploi.

L'enquête ESTEV (« Enquête santé, travail et vieillissement », 1990-1995) révèle une surmortalité des chômeurs et une corrélation significative suicide-chômage pour les hommes jeunes (*cf.* également R. Franc et al., 1988 ; A. Philippe, 1988 ; F. Chastang et al., 1997). Le risque annuel de décès chez les hommes de trente-quatre à soixante ans est trois fois plus élevé dans le groupe chômage par rapport au groupe des actifs. La surmortalité est multipliée par deux chez les femmes et s'accompagne d'un « effet de classe sociale », le risque augmentant chez les sujets des classes sociales les moins aisées.

Analyse

Les différentes études cliniques insistent sur les répercussions majeures du chômage sur la santé mentale en termes d'estime de soi, liée à la perte des supports sociaux, des repères identitaires et relationnels (R. Castel, 1995 ; M. Joubert, 2004 ; M.C. Llorca, 2004). Pour les sociologues, le chômage est appréhendé comme un processus de cumul progressif de handicaps (S. Paugam, 2006) du fait de la dégradation du niveau de vie, l'affaiblissement de la vie sociale et la marginalisation vis-à-vis des autres travailleurs.

Les effets psychopathologiques du chômage peuvent s'analyser à partir de la déstabilisation de l'économie psychique antérieurement structurée par le rapport au travail. La privation de travail introduit une rupture dans les investissements psychiques et entrave la dynamique de la sublimation ouvrant la voie aux décompensations dépressives et somatiques. C'est l'ensemble des investissements narcissiques et objectaux qui se voit bouleversé, au regard du rôle central tenu par le travail pour la subjectivité (*cf.* Partie I).

L'impossibilité dans laquelle se retrouve le sujet de pouvoir apporter sa contribution à la société, par l'intermédiaire du travail, ne représente pas seulement une perte d'étayage susceptible de déstabiliser l'économie psychique (J. Furtos, 2008), mais le confronte au déficit de reconnaissance sociale *via* l'identité professionnelle (C. Dubar, 1991) d'une part, et entrave la construction de l'identité psychologique stabilisée par la voie de la reconnaissance du travail (jugements de beauté et d'utilité) d'autre part. La solitude qui en découle s'avère particulièrement délétère sur le plan subjectif. L'exclusion professionnelle peut évoluer vers une véritable désadaptation,

voire une marginalisation, d'autant plus que les dispositifs d'accompagnement qui s'appuient sur une gestion rationalisée du chômage s'avèrent impuissants à enrayer le chômage de masse.

La réaction dépressive et le découragement face au mépris social, dont le demandeur d'emploi est l'objet, contribuent à retarder la recherche et la reprise d'un emploi et entretiennent la vulnérabilité psychique (C. Revuz, 1999).

L'impact du chômage et la souffrance qui en résulte retentissent sur l'ensemble de la dynamique familiale et des investissements psycho-affectifs. Les conséquences sur le développement psychologique des enfants se traduisent en particulier par des difficultés de transmission des valeurs et des repères symboliques liés au travail (endurance, effort, reconnaissance, rétribution financière, émancipation et accomplissement de soi). La mobilisation des investissements pulsionnels dans les apprentissages scolaires et le travail sont ainsi fragilisés. Il arrive de façon non exceptionnelle que la confrontation pour les jeunes au chômage de leurs parents s'accompagne d'un renversement des valeurs de leur milieu et favorise l'émergence de conduites marginales et de la violence en lieu et place des règles et des valeurs liées au travail.

III

Interventions et perspectives thérapeutiques

10 Éléments de législation du travail

Le droit du travail, qui régit les relations entre un employeur et un travailleur, accorde une place majeure à la santé physique, par rapport à la santé mentale. Le droit du travail est traditionnellement orienté vers la protection des corps dans le cadre de la confrontation aux conditions de travail. Le corps, en tant qu'outil de travail, doit être préservé des risques et des atteintes physiques, en vue de garantir la « force de travail ». Les premières dispositions, qui déterminent une conception de la santé au travail à partir de la référence à la capacité physique, portent sur la réglementation du travail des enfants, la protection de la « fonction reproductrice de la femme », ainsi que sur la création d'un régime de réparation des accidents du travail (L. Le Rouge, 2010).

En raison du rapport de subordination qui caractérise le travail, le salarié ne peut être tenu responsable de sa sécurité qui incombe dès lors à l'employeur. La responsabilité patronale des accidents du travail a été instituée en France par la loi du 9 avril 1898 et étendue aux maladies professionnelles par la loi du 25 octobre 1919.

Les relations entre l'employeur et le travailleur sont caractérisées par l'établissement d'un contrat de travail. Celui-ci régit la mise à disposition par le travailleur de son activité professionnelle au service de l'employeur, moyennant une rétribution sous la forme du salaire.

Les transformations progressives du travail (économie des services, intensification du travail, introduction des nouvelles technologies) s'accompagnent d'une évolution progressive et récente des préoccupations du droit du travail en direction des questions de santé mentale.

La question qui se pose alors est de déterminer si le droit du travail français est en mesure de traiter les risques, associés aux évolutions du monde du travail, pour la santé mentale des travailleurs. La conception du droit de la santé au travail tend à mettre l'accent sur la prévention des risques en vue de garantir la protection et la préservation de la santé humaine.

C'est précisément avec la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, qui introduit la problématique du harcèlement moral, que s'engage l'évolution décisive du droit du travail en direction des questions de santé mentale. Auparavant, une directive européenne du 12 juin 1989, concernant l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs – transposée au droit français dans le cadre de la loi du 31 décembre 1991 – avait soulevé la question de l'obligation générale de prévention de l'employeur envers la santé mentale de ses salariés : « l'obligation de préserver la santé des salariés est une obligation générale à la charge de l'employeur qui se décline tant

sur le territoire de la santé physique que de la santé psychique en incluant l'obligation de résultat » (article L4. 121-1 du Code du travail).

À la suite du débat public, suscité notamment par l'ouvrage de M.F. Hiri-goyen (1998) traitant des différentes formes du harcèlement, les mesures du texte de 2002 proposent une définition juridique du harcèlement moral au travail : « aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ». Ce sont les conditions cumulatives (agissements répétés, atteintes aux droits et à la dignité, altération de la santé physique, atteinte à la santé mentale et avenir professionnel compromis) qui conduisent à la qualification du harcèlement moral professionnel.

La notion de discrimination (principe de l'égalité de traitement entre les personnes, principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes, principe de l'égalité des chances) a été étendue à la catégorie du harcèlement (moral mais aussi sexuel) avec la loi du 27 mai 2008 (article L. 1132-1 du Code du travail) : « Tout agissement lié à l'un des motifs mentionnés au premier alinéa et tout agissement à connotation sexuelle, subis par une personne et ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement hostile, dégradant, humiliant ou offensant ».

Il existe donc deux définitions du harcèlement au sein du Code du travail (L. Le Rouge, 2010) :

- la définition de 2002 qui suppose des agissements répétés ;
- la définition de 2008 qui insiste sur le caractère discriminatoire qui ne suppose pas de répétition.

La loi de modernisation sociale a également eu pour effet de renforcer le rôle des préventeurs dans l'entreprise et en particulier le rôle de l'employeur. Ce dernier est ainsi tenu d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs (article L. 4121-1 du Code du travail) par l'intermédiaire de l'extension du domaine de l'obligation de sécurité. (...) Les mesures de prévention et de protection de la santé au travail prises par l'employeur sont transcrites dans un document unique (document unique d'évaluation des risques), imposé par le décret du 5 novembre 2001. Cependant, si ce document unique permet de déterminer les risques « physiques » auxquels sont soumis les salariés et d'identifier les mesures susceptibles de les prévenir, les risques en matière de santé mentale restent en pratique peu recensés.

Ces répercussions sur la santé mentale sont essentiellement appréhendées à travers la catégorie des « risques psychosociaux » qui sont devenus un enjeu politique, mais également économique à la suite de la médiatisation des suicides de salariés de grandes entreprises. En l'absence d'une définition précise de la notion de risque psychosocial, l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) propose de distinguer cinq dimensions qui lui sont associées : stress, harcèlement moral, violence, souffrance mentale, addictions.

Suite aux négociations entre les partenaires sociaux, des accords-cadres ont été conclus au niveau européen :

- accord-cadre du 8 octobre 2004 sur le stress au travail ;
- accord-cadre du 26 avril 2007 sur la violence et le harcèlement au travail.

Ces accords ont ensuite été transposés dans le droit national des différents pays de l'Union européenne.

En France, l'accord-cadre du 8 octobre 2004 a été transposé au sein de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 2 juillet 2008 relatif au stress au travail et étendu par un arrêté ministériel du 23 avril 2009 (« Plan d'urgence pour la prévention du stress au travail »). Les entreprises de plus de mille salariés sont ainsi soumises à l'obligation de négocier sous peine de sanction. Le non-respect de l'obligation de prévention par l'employeur est sanctionné sur le plan civil et sur le plan pénal. L'obligation patronale de sécurité de résultat engage dès lors la question de la responsabilité dans le cadre de contentieux en matière de risques psychosociaux : « l'employeur est tenu, à l'égard de son personnel, d'une obligation de sécurité de résultat qui lui impose de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs » (Cour de cassation, 5 mars 2008, n° 06-45.888). L'obligation de résultat est envisagée par rapport à l'application des principes de prévention (mesures d'information, de formation, de mise à disposition de moyens) étendus à l'organisation du travail.

Le droit français de la Sécurité sociale reconnaît la maladie professionnelle selon un double dispositif :

- le premier dispositif, fondé en 1919, repose sur les tableaux de maladies professionnelles, à partir de la référence à des études épidémiologiques mettant en évidence « la fréquence anormale d'une pathologie chez des travailleurs présentant le même profil, soit du fait du travail effectué, soit du fait des matériaux ou outils employés » (M. Badel, 2009). L'évolution lente de ces tableaux professionnels, centrés sur les lésions physiques, n'accorde aucune place au trouble psychique *stricto sensu* ;
- le second dispositif, élaboré en 1993, reconnaît la preuve du caractère professionnel de la maladie, quand elle ne souscrit pas aux critères des tableaux, s'il est établi qu'elle « est directement et essentiellement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25 % » (M. Badel, op. cit.). La procédure de reconnaissance auprès de la CPAM et par l'intermédiaire du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, doit alors être engagée.

L'indemnisation des risques professionnels obéit à des principes spécifiques et comporte des prestations en nature (qui doivent permettre à la victime d'engager les soins nécessaires pour recouvrer ses aptitudes physiques et professionnelles) et des prestations en espèces (indemnités journalières versées pendant l'incapacité temporaire ou permanente, indemnités funéraires et rente en cas de décès de la victime).

La réparation complémentaire peut être envisagée quand le risque professionnel est dû à l'intervention d'un tiers, dont l'action peut être qualifiée de faute intentionnelle ou faute inexcusable :

- la faute intentionnelle de l'employeur ou d'un co-préposé de la victime « suppose un acte accompli avec l'intention de causer des lésions corporelles et ne résulte pas d'une simple imprudence, si grave soit-elle » (Soc. 13 janvier 1966, *Bull.* IV, n° 63) ;
- la faute inexcusable de l'employeur ou du substitué dans les pouvoirs de direction est fondée sur cinq éléments constitutifs : acte ou omission volontaire, d'une exceptionnelle gravité, commis avec la conscience du danger, dépourvu de cause justificative, et cause déterminante du risque professionnel.

À la suite des arrêts « amiante » de 2002, la faute inexcusable ne relève plus seulement de la cause explicative de l'accident, mais l'employeur est tenu, en vertu du contrat de travail, à une obligation de sécurité de résultat envers le salarié : « lorsqu'il avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ».

Dans le cadre de l'obligation de sécurité de résultat, l'employeur peut donc être sanctionné par le régime de la faute inexcusable. Un tournant important dans les rapports entre clinique du travail et évolution du droit a été initié à la faveur d'un cas récent de suicide au travail. Le jugement rendu par le Tribunal des affaires de la Sécurité sociale des Hauts-de-Seine le 17 décembre 2009 (Affaire Touzet contre la Caisse primaire d'assurance maladie et la société Renault SA) et confirmé par la Cour d'appel de Versailles le 19 mai 2011 a reconnu que l'organisation du travail comportait des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs et a conclu à la faute inexcusable de l'employeur. Le recours, par l'employeur, à des moyens de prévention des risques pour la santé et la sécurité ne suffit pas, mais il doit s'assurer que des accidents ou maladies professionnelles ne surviennent pas. La faute inexcusable repose sur la preuve que (H. Tessier, 2011) :

- le salarié était exposé à des conditions d'exercice professionnel dangereuses ;
- que ces conditions étaient dangereuses pour sa sécurité ou son équilibre psychologique ;
- que l'employeur aurait dû connaître le risque encouru par le salarié ;
- qu'il n'a pas pris les mesures pour l'en protéger.

Dans le contexte d'exigences majeures de rentabilité pesant sur les salariés, la détérioration progressive de la santé de la victime (attestée par l'identification de facteurs liés à la situation personnelle du salarié d'une part et à l'organisation du travail d'autre part) aurait dû alerter l'employeur du danger encouru. La démonstration du lien causal entre organisation du travail et suicide repose sur la sélection d'éléments déterminants et l'interprétation des faits concernant le risque collectif encouru par l'ensemble des salariés. Cet argument a conduit le tribunal à rejeter la thèse de la vulnérabilité

individuelle (syndrome anxio-dépressif précédant le passage à l'acte suicidaire) et à considérer l'acte de la victime comme une « expression individuelle d'un risque collectivement encouru ».

Bien que la catégorie des « risques psychosociaux » ne repose pas sur une définition juridique précise, pour certains juristes intervenant sur les questions de protection de la santé mentale au travail, les problématiques associées aux risques psychosociaux pourraient trouver des réponses juridiques, notamment au regard du principe du « droit à la dignité » (L. Le Rouge, 2009).

Les principes de réadaptation par le travail sont à l'origine de l'histoire de la psychopathologie du travail (*cf.* Partie I). Le rapport au travail peut revêtir une fonction structurante pour l'identité et contribuer à la stabilisation de troubles psychopathologiques. Chez certains patients psychotiques, l'investissement subjectif dans le travail peut par exemple contribuer à contenir le vécu hallucinatoire, calmer l'agitation et favoriser le maintien avec la réalité. L'effet mutatif du travail sur l'organisation mentale psychotique requiert certaines conditions :

- le sujet doit être en mesure de pouvoir « rapatrier » au profit de son identité, les investissements déployés dans le travail ;
- il doit pouvoir bénéficier d'une activité « adaptée » à sa pathologie.

Depuis la loi du 11 février 2005, les structures d'aide par le travail (centres d'aide par le travail [CAT]) sont rassemblées sous l'appellation ESAT (établissements de service et d'aide par le travail) et ont pour mission de proposer une activité professionnelle adaptée à des personnes handicapées (troubles mentaux, déficiences intellectuelles, handicaps physiques et sensoriels) de plus de vingt ans, ainsi qu'un soutien psychologique, social, médical et éducatif. Ces établissements accueillent des personnes orientées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH qui remplacent les commissions techniques d'orientation et de reclassement [COTOREP]) du fait de leur capacité professionnelle « inférieure à un tiers de la normale ».

L'ESAT doit « contribuer à l'insertion professionnelle et sociale par le travail de personnes handicapées, dans l'incapacité durable ou momentanée d'exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail. Les travailleurs sont étroitement associés à cette démarche, devenant ainsi acteurs de leur propre évolution ». L'objectif est de préparer et soutenir une intégration en milieu ordinaire de travail quand cela s'avère possible. Les travailleurs souffrant de troubles psychiques nécessitent une prise en charge thérapeutique spécifique dont les modalités sont difficiles à circonscrire (C. Bouvet, R. Alegre, 2010) : estime de soi, « satisfaction de vie » et appréciation du vécu dépressif seraient des indicateurs pertinents pour rendre compte des effets thérapeutiques de l'engagement dans le travail.

En pratique, les équipes associent des professionnels du secteur médico-social (assistante sociale, psychologue, médecin) et des professionnels ayant des compétences techniques spécifiques (moniteur, moniteur-éducateur) en vue de former et d'accompagner les travailleurs dans les activités de production.

Privilégier une politique de réinsertion suppose de mobiliser les efforts en direction de la conservation de l'emploi et de l'autonomie financière, avec le risque de congédier la question du travail et de ses enjeux psychiques. En effet, pour rester présents sur le marché économique, les ESAT se retrouvent en concurrence avec les entreprises pour négocier leurs contrats qui soutiennent l'activité de production. Cette situation génère des contradictions entre les logiques de production qui imposent un rythme de travail soutenu sur les ateliers et les principes de la réinsertion par le travail. Le contexte social oppose une « rigidité » qui résiste aux objectifs de la réinsertion et pèse sur la situation des travailleurs engagés dans un processus de conquête de l'identité en situation de travail (D. Dessors, C. Jayet, 1990). Ce système contribue en réalité à accentuer les difficultés d'accès au marché du travail et au maintien dans l'emploi des travailleurs présentant des handicaps ou des troubles psychiques sévères, occasionne une dégradation des conditions relatives au travail des encadrants et génère une souffrance importante pour les professionnels des ESAT comme pour les travailleurs accueillis.

12 Dispositifs institutionnels

Consultations souffrance au travail

Des consultations spécialisées dans la prise en charge des questions de santé mentale liée au travail se développent depuis quelques années à l'initiative de praticiens confrontés aux conséquences psychopathologiques des nouvelles formes d'organisation du travail. Cette démarche a été initiée par la création de l'Association mots pour maux au travail, en 1997, dont l'objectif était de développer des réflexions sur la souffrance au travail et les difficultés rencontrées par les praticiens, afin de mettre en œuvre des dispositifs de prise en charge mais également de prévention. Cette association a contribué de manière active au débat et à l'évolution de la législation sur le harcèlement moral au travail. La dynamique de travail pluridisciplinaire a conduit certains praticiens (médecins du travail, psychologues) à s'engager dans la mise en place de lieux spécifiques de consultation pouvant accueillir des salariés en difficultés¹. Ces consultations accueillent des patients présentant des troubles psychopathologiques en lien avec le travail, dont une grande partie consulte pour des pathologies du harcèlement au travail.

Ces consultations, situées dans des services hospitaliers, des services de santé au travail, ou des institutions de soin (Institut Paul Sivadon) s'appuient sur un travail en réseau interdisciplinaire mobilisant différents spécialistes du travail (médecins du travail, psychologues, psychanalystes, avocats et juristes, médecins généralistes, psychiatres...). La mission principale de ces unités consiste dans le soin apporté aux patients adressés par le médecin traitant, le médecin du travail, le psychiatre ou parfois le psychologue clinicien. Il s'agit, pour le praticien, de statuer sur la situation actuelle du salarié et de poser une indication diagnostique, permettant de mettre en œuvre la prise en charge à plus long terme à partir d'une concertation pluridisciplinaire. Les consultations visent à comprendre et apprécier les répercussions de l'organisation du travail sur le fonctionnement psychique.

Services hospitaliers de pathologies professionnelles

L'activité des services de pathologies professionnelles et de réadaptation est organisée autour de l'identification des maladies d'origine professionnelle (accidents/pathologies professionnelles) et de leur prise en charge. Au sein

1 La première consultation « Souffrance et travail » a été créée par Marie Pezé en 1997 au Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre.

de certains services, des praticiens ont ouvert des consultations spécialisées destinées aux travailleurs présentant des troubles psychiques (pathologies du harcèlement, dépressions, épuisement professionnel, etc.).

Dans le cadre de leur exercice, le rôle des médecins est de statuer sur l'aptitude médicale des travailleurs à leur poste de travail. Le recours à l'« inaptitude » permet de suspendre le rapport au travail, notamment dans les cas de harcèlement. L'avis d'inaptitude posé par le médecin est motivé par l'appréciation du danger pour la santé ou la sécurité du travailleur lié au maintien au poste de travail. Cet avis d'inaptitude représente une solution à court terme qui fait le plus souvent suite à un ou plusieurs arrêts de travail et suppose d'envisager, avec le salarié, une perspective de reclassement ou de réorientation dans un nouveau projet professionnel quand le reclassement dans l'entreprise n'est pas envisageable.

Médecine du travail et services de santé au travail

L'organisation de la profession de médecin du travail remonte à la loi du 28 juillet 1942 du régime de Vichy, qui établit l'obligation de la médecine du travail dans les entreprises de plus de cinquante salariés. C'est à la Libération avec la loi du 11 octobre 1946 et le décret du 26 novembre 1946 que sont instaurées les missions du médecin du travail en direction de la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (S. Buzzi et al., 2006).

La médecine du travail est une médecine essentiellement préventive concernant la santé et la sécurité des travailleurs.

Une réforme de structure de la médecine du travail a été entamée depuis 2002. La loi de modernisation sociale de 2002 a en effet transformé les services de médecine du travail en services de santé au travail, en rendant obligatoire l'approche pluridisciplinaire (ergonomie, sociologie, ingénierie de la sécurité et psychologie, aboutissant notamment à la création de postes de psychologues du travail en service de santé au travail). Cette transformation se situe dans le contexte des directives européennes portant sur la gestion et la prévention des risques.

13

Approche psychothérapeutique des patients souffrant de troubles psychiques en rapport avec le travail

Dans ce chapitre nous ne discuterons que la dimension relevant spécifiquement du travail dans la démarche psychothérapeutique. La construction de l'identité, qui est au fondement de la santé mentale individuelle, se joue en effet dans deux champs : dans le champ érotique d'une part, et la construction de l'identité passe ici par l'amour ; dans le champ social d'autre part, et la construction de l'identité passe là par le travail (cf. Partie I). Les deux champs de construction (érotique et social) de l'identité sont foncièrement différents et sont organisés, selon des logiques spécifiques (l'amour et le travail) que tout oppose. Cette différence essentielle entre les dynamiques qui structurent les deux champs n'implique pas pour autant une indépendance entre eux. Ce qui se passe dans l'un des deux champs peut avoir des conséquences sur l'autre. De sorte que les conflits surgissant dans la sphère du travail peuvent affecter la sphère de l'amour, et réciproquement. Dans certains cas toutefois on découvre une sorte d'étalement entre les deux sphères. Mais alors la rigidité de la séparation n'est pas donnée. Elle est intentionnellement établie par le sujet, et cette étalement a une fonction spécifique dans l'organisation mentale. Cette dernière peut être décrite comme un « clivage du Moi » ; c'est-à-dire comme un dispositif permettant en quelque sorte la coexistence, à l'intérieur d'une même personnalité, de deux modes de fonctionnement psychique qui se déploient à l'insu l'un de l'autre. Un sujet, dont la vie privée et familiale en impose pour une personnalité sensible et généreuse, fonctionne au travail comme une véritable brute qui n'hésite pas à persécuter ses collègues ou ses subordonnés. Mais la formule inverse existe aussi : un sujet particulièrement serviable et solidaire dans ses relations professionnelles, se révèle comme un monstre ou un tyran dans la sphère domestique. Ce double fonctionnement de type *Dr Jekyll and Mr Hyde*, ne sera pas ici étudiée, parce qu'il soulève des problèmes de technique psychothérapeutique trop complexes pour être abordés dans le cadre de ce volume. Nous nous en tiendrons donc au cas plus commun, où les deux sphères de l'amour et du travail, bien que différenciés, ont, l'une sur l'autre des effets réciproques.

Deux principes guident la démarche psychothérapeutique :

- l'analyse du rapport subjectif au travail est une voie d'accès à la connaissance du patient et de son fonctionnement psychique ;
- pour avoir accès au rapport subjectif au travail, il faut remonter jusqu'au réel du travail et à la souffrance qu'il engendre ; et on ne peut pas s'en tenir à l'exploration des relations entre les individus telles qu'on les envisage dans la clinique conventionnelle (il faut examiner comment le rapport au travail contribue à structurer les relations entre les individus).

Organisation du travail

On sait que ce sont électivement les contraintes organisationnelles qui mettent en cause l'organisation mentale et le fonctionnement psychique du patient. C'est pourquoi il convient de pousser l'investigation jusqu'à ce que le patient parle du décalage entre les prescriptions qui encadrent le travail et le travail effectif qu'il accomplit (décalage entre tâche et activité). L'important est de saisir ce qui fait obstacle à la maîtrise technique, ce qui gêne le chemin à parcourir pour atteindre l'objectif fixé. Le clinicien ne peut pas s'en tenir à ce qu'il connaît en général de ce métier dont parle le patient. Il doit s'efforcer au contraire de saisir comment le patient pense personnellement et spécifiquement son rapport aux difficultés de la tâche. Et il convient de faire porter principalement l'investigation sur le rapport individuel au réel.

Coopération

Dans un deuxième temps seulement, il devient utile de comprendre comment les autres interfèrent avec les efforts faits par le patient. Comment les supérieurs hiérarchiques interviennent-ils ? Comment les collègues agissent-ils, réagissent-ils, coopèrent-ils ou se dérobent-ils, comment se construisent, s'entretiennent ou se détruisent les relations de confiance ? La coopération n'est pas seulement un « travailler ensemble » avec les collègues de même niveau hiérarchique. Elle implique aussi les chefs. Aussi est-il utile de préciser si la hiérarchie s'en tient à un management entre prescription et contrat d'objectif d'une part, mesure de la performance d'autre part, assorti de menaces sur les primes, les mutations ou l'emploi ; ou si au contraire la hiérarchie apporte une aide, voire une assistance technique lorsque le patient se heurte à des difficultés particulières dans l'exercice de son travail professionnel. La forme concrète de la coopération verticale joue un rôle important dans la souffrance comme dans le plaisir au travail (entre mépris et reconnaissance).

Évaluation

On sait qu'aujourd'hui en raison des nouvelles formes d'organisation du travail et de gestion, la *solitude* dans un environnement social hostile

est devenue l'un des éléments majeurs dans la genèse de la souffrance au travail et dans la déstabilisation de l'équilibre psychique. De ce fait, il est important d'accorder de l'attention aux changements, et à la nature de ces changements, qui ont éventuellement été introduits dans les méthodes d'organisation du travail, dans les contraintes de temps et d'objectifs, dans les formes de gestion, et surtout dans les méthodes d'évaluation en usage dans l'entreprise. On s'intéressera en particulier à la façon dont le patient réussit ou échoue à penser les décalages inévitables entre le « travailler » (c'est-à-dire l'expérience subjective des difficultés occasionnées par le réel du travail et leur surmontement) d'une part, les formes, méthodes, instruments et dispositifs d'évaluation d'autre part.

Souffrance éthique

La souffrance éthique est actuellement un des principaux chaînons intermédiaires en cause dans l'étiologie des décompensations psychopathologiques. Il convient, pour en apprécier l'impact, d'investiguer d'abord la qualité de la mobilisation et de l'implication subjectives du patient dans son travail, dans son métier, dans son entreprise ou son administration, et éventuellement dans son rapport aux clients ou aux usagers, c'est-à-dire aux destinataires de sa prestation, lorsqu'il s'agit d'une activité de service. Tous les métiers impliquent certaines règles techniques qui servent de référence au travail bien fait. Au-delà du travail de qualité se profilent la conscience professionnelle, l'éthique de métier ou encore ce que l'on désigne par le terme « d'éthos professionnel ». Dans de nombreux cas, aujourd'hui, sous l'effet des contraintes de gestion exercées sur les gens de métier, il devient inévitable de bâcler le travail, de trahir les règles de l'art, voire de léser le destinataire de la prestation. Au-delà de la trahison des règles de métier se devine la trahison de soi, la participation à des actes ou à des pratiques que le sens moral du patient réprouve. Plus le patient s'est impliqué et mobilisé subjectivement dans son travail, plus ladite trahison de l'éthos professionnel est délétère pour le fonctionnement psychique. Les inconstances et dérobades de la hiérarchie, les formes diverses de disgrâce, de retournement de l'encadrement allant jusqu'à la déstabilisation méthodique du salarié, sont importantes à analyser dans le détail. Tout en refusant délibérément de se faire entraîner dans la diabolisation de l'encadrement. Car ce qu'il s'agit de comprendre dans un processus de harcèlement dont serait victime le patient, c'est ce qui est visé par l'encadrement : une certaine manière de travailler du patient, un certain attachement aux règles, une conscience professionnelle, autrefois appréciée et valorisée, aujourd'hui pourchassée et blâmée. Autrement dit, derrière le harcèlement et les injustices dont se plaint le patient, il revient au clinicien de remonter jusqu'aux enjeux de domination pour l'entreprise. Sans cette analyse, aucune réappropriation de sa situation ne sera possible par le patient.

Genre

Les rapports de genre, c'est-à-dire de domination des hommes sur les femmes, jouent souvent un rôle important dans les discriminations et les formes d'injustice dont se plaignent les patients. Mais l'élaboration de ces rapports domination-servitude est souvent rudimentaire, en particulier chez les femmes qui arrivent en consultation après un parcours jalonné depuis longtemps de discriminations, disqualifications et humiliations alimentées par la domination des hommes.

Sphère privée

Les incidences du rapport subjectif au travail sur la sphère privée méritent d'être systématiquement investiguées. Quelles sont les conséquences de contraintes de travail sur les relations conjugales jusques et y compris sur la vie amoureuse et sexuelle ? Les incidences du rapport au travail sur l'économie des relations intimes et le rapport au corps sont beaucoup plus importants que ce qu'en dit le sens commun. Beaucoup de difficultés, de conflits de la vie familiale sont en fait surdéterminés par les incidences des contraintes de travail sur le fonctionnement psychique tout entier. Car pour ne pas déstabiliser un compromis psychique avec les contraintes de travail, bâti difficilement, nombre de sujets entrent en conflit avec leurs proches, conjoints et enfants. Ils entrent aussi en conflit avec les amis, car c'est souvent à propos de positions en relation avec le travail, que surgissent des désaccords et bientôt des conflits, voire des ruptures entre amis. (Pour plus de précision sur l'investigation de ces relations entre rapport subjectif au travail et sexualité, on se reportera à l'observation de Mademoiselle Mulvir [C. Dejours, 1996]).

À l'inverse il est intéressant d'apprécier la façon dont l'économie des relations dans la sphère privée interfère avec les efforts psychiques du patient pour assumer les contraintes organisationnelles de son travail. Parfois il bénéficie d'une aide, d'un soutien, voire d'une véritable solidarité de ses proches. Parfois ce sont au contraire des difficultés ou des modifications survenant dans l'économie domestique qui déstabilisent ce rapport subjectif au travail. La naissance d'un enfant supplémentaire peut gêner considérablement une femme dans son rapport au travail (plus qu'un homme en raison des rapports de genre), la naissance d'un enfant handicapé ou l'apparition d'une leucémie chez un enfant peut rendre plus difficilement supportables les conflits dans la sphère professionnelle ou les contrats d'objectifs trop élevés, etc.

Sphère professionnelle

L'investigation du rapport subjectif au travail est incomplète, et de ce fait aboutit à des conclusions erronées, si elle ne porte que sur le rapport actuel au travail. Nombre de patients qui consultent traversent effectivement

une période de déstabilisation psychique, voire de crise. Mais souvent, ils ont un passé professionnel long. Comment se jouait ce rapport avant la période actuelle ? Souvent ces travailleurs qui décompensent ont, avant la crise, connu un rapport heureux, ou au moins « satisfaisant », c'est-à-dire un rapport d'efficacité, à leur travail. Ils ont en tout cas donné satisfaction. Ils ont fait preuve d'intelligence, de zèle, d'opiniâtreté, etc. Comment donc sont-ils entrés en crise ? On se rendra compte alors que ce qui, aujourd'hui, à l'aune de la crise, se révèle comme des fragilités ou une vulnérabilité psychologique à la dépression, à la violence ou à l'interprétation délirante, est précisément ce qui faisait de ce patient, un travailleur particulièrement habile.

C'est parce que, jeune, il a eu à faire, avec la maladie mentale d'un parent – qui l'a effectivement fragilisé au plan psychologique – qu'un psychiatre ou un psychologue va trouver l'énergie de se battre une vie entière avec les maladies mentales. C'est que le travail clinique en psychopathologie est pour lui une occasion de surmonter les effets des blessures de son enfance. En d'autres termes, c'est sa vulnérabilité psychologique qui est à l'origine de ses habiletés et de son intelligence au travail.

De même, c'est parce qu'il a eu à faire, avec de fortes tendances à la délinquance, à l'usage de drogues et à la violence qu'en s'engageant dans la police, tel jeune homme ou telle jeune femme développe des talents et des compétences exceptionnels en termes de calme et de maîtrise de soi sur le terrain. L'investigation clinique, en remontant par ce biais à ces failles qui sont au principe des meilleures habiletés et talents de métier, permet d'accéder aux racines mêmes de la sublimation et à l'analyse du rôle qui revient à cette dernière dans la construction de l'identité et dans la place du travail par rapport à l'accomplissement de soi et à la santé mentale du patient. On comprend alors avec beaucoup plus de précision ce qui est en cause dans la déstabilisation et la crise psychopathologique actuelles.

Au-delà, on pourra dans un travail psychothérapeutique au long cours analyser de plus près l'impact des contraintes professionnelles non seulement sur le développement et la révélation des habiletés professionnelles, mais sur la façon dont ces contraintes fonctionnent comme « exigence du travail imposée au psychisme » du patient, du fait de la relation avec le réel ; exigence de travail sommant en quelque sorte le fonctionnement psychique d'évoluer, de se transformer, de se remanier dans son architecture même, pour que puissent apparaître et se stabiliser de nouvelles habiletés qui n'advieront pas sans ce travail de soi sur soi auquel se prête le patient dans le cours même de la psychothérapie, et éventuellement grâce à elle (on se reportera pour plus de détails sur cette question difficile à l'ouvrage de Dejours C. [2009]. *Travail vivant*. Tome I *Sexualité et travail*. Chapitre VIII).

Reconnaître l'injustice ?

Beaucoup de patients arrivent à la consultation avec l'impression d'être rejetés, désavoués, humiliés, non reconnus. Le vécu de paria dans un milieu de travail hostile conduit le patient à demander la reconnaissance de sa

souffrance d'une part, de l'injustice d'autre part, de son statut de victime enfin.

On ne peut pas céder à cette demande directe du patient si l'on veut engager un travail psychothérapeutique. Orienter l'investigation sur le rapport subjectif au travail, écouter le réel du travail, s'efforcer de comprendre la nature des difficultés techniques et professionnelles avec lesquelles se débat le patient, n'est rien d'autre qu'une marque indubitable d'intérêt pour la situation du patient. La curiosité du praticien, en tant qu'elle reste toujours et délibérément du côté de l'effort de comprendre ce qui est en cause dans la souffrance du patient, est non seulement la seule posture en accord avec les règles du travail analytique, mais aussi la voie la plus sûre d'une « reconnaissance » qui fonctionne sans être pour autant énoncée, ni verbalisée.

Tout ce qui a été ici rassemblé ne constitue qu'une esquisse des principes de l'investigation et du maniement du rapport psychique au travail dans le suivi psychothérapeutique des patients consultant pour des troubles psychiques en rapport avec leur situation de travail.

Au-delà, cette clinique n'est pas à proprement parler une clinique spécialisée. Le rapport au travail, comme à la perte d'un travail ou au chômage, apparaît dans la parole de tous les patients ou presque. Il est probable qu'avec l'évolution des pratiques et des modalités d'investigation et de cure sous la pression de la demande en psychopathologie du travail, ce soit tout le corpus psychothérapique et psychanalytique qui devra, *nolens volens*, s'élargir et s'approfondir.

14 Les acteurs engagés sur les questions de psychopathologie du travail

Médecin du travail

Le médecin du travail a une mission de prévention concernant la santé au travail, de conseil de l'employeur, du salarié, ainsi que des représentants du personnel. Le cadre d'exercice de la mission de prévention des médecins du travail correspond au domaine de la prévention tertiaire¹ et concerne la déclaration des maladies professionnelles.

Le médecin représente un interlocuteur privilégié pour les questions de santé mentale liées au travail, du fait de sa position spécifique dans l'entreprise (ou dans les services interentreprises) qui l'amène à rencontrer l'ensemble des salariés et participer au CHSCT. Dans les cas de décompensations psychopathologiques liées au travail, le médecin du travail, contrairement au médecin traitant ou au médecin psychiatre, dispose d'éléments relatifs à l'organisation du travail. L'élucidation des rapports entre santé mentale et travail repose essentiellement sur l'analyse de quatre dimensions (V. Arnaudo, 2008) :

- la santé individuelle ;
- le travail (activité réelle, évolutions organisationnelles) ;
- la dimension du collectif de travail (autres décompensations) ;
- l'histoire du collectif de travail (évolutions de l'organisation du travail, du statut de l'entreprise).

Les spécificités de l'exercice du médecin du travail dans l'entreprise le conduisent à occuper une place centrale dans le dispositif de veille médicale en santé mentale au travail. L'action du médecin du travail concerne en premier lieu la « mise en visibilité » des problèmes de santé au travail dans l'espace public (N. Sandret, D. Huez, 2008), à partir du repérage des effets de l'organisation du

1 L'OMS distingue trois types de prévention : primaire (orientée vers la diminution de l'incidence d'une maladie dans une population), secondaire (diminuer la prévalence et la durée d'évolution d'une maladie) et tertiaire (diminuer la prévalence des incapacités et invalidités fonctionnelles liées à la maladie dans une population). Cette conception est adossée à des démarches éducatives de la santé qui visent à modifier les comportements en vue de limiter les risques.

travail sur les travailleurs dont il a la charge. Le médecin du travail peut être conduit à recourir à l'alerte médicale qui expose les difficultés de réalisation du travail qu'il a identifiées, en vue d'aboutir à une mise en débat des questions relatives à l'organisation du travail au sein de l'entreprise.

CHSCT

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est une institution représentative du personnel obligatoire dans tous les établissements comptant au moins cinquante salariés. Il est chargé de la protection de la santé et de la sécurité, ainsi que de l'amélioration des conditions de travail des salariés. La réglementation des CHSCT a été codifiée dans les articles L. 4611-1 à L. 4614-16 du Code du travail. Le comité a une mission générale : « contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières » (art. L. 236-2, al. 1 du Code du travail).

Les membres du CHSCT (délibératifs et consultatifs) sont désignés pour deux ans par un collège composé par les représentants du personnel et des membres du comité d'entreprise. Les membres délibératifs qui sont habilités à prendre les décisions concernant le fonctionnement de l'instance sont composés par les représentants du personnel et le président. Les membres consultatifs qui apportent un éclairage de spécialiste sur les sujets traités sont composés par le chef du service sécurité, le médecin du travail, les représentants syndicaux au CHSCT, les membres de droit comme l'inspecteur du travail et l'ingénieur-conseil du service prévention de la CRAM (réfèrent de la caisse régionale d'assurance maladie pour les questions relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles), ainsi que les invités qualifiés (infirmière du travail, assistante sociale par exemple).

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a élargi les compétences du CHSCT, qui en matière de risques psychosociaux, se déploient selon deux axes (P. Adam, 2009) :

- droit du CHSCT à être consulté par l'employeur sur certains projets ;
- droit du CHSCT à recourir à une expertise, quand un risque grave pour la santé ou la sécurité des salariés est identifié dans l'établissement.

La structure paritaire du CHSCT représente une instance privilégiée de délibération et d'action en matière d'amélioration de l'organisation du travail. Les membres du CHSCT peuvent user de leur droit d'alerte en cas de danger grave et imminent et sont habilités à effectuer des enquêtes en matière d'accidents et de maladies professionnelles (R. Saada, 2003). Leurs compétences peuvent être étendues, depuis 2002, aux questions de santé mentale.

La formation des membres du CHSCT représente actuellement un enjeu du point de vue de l'action sur l'organisation et les conditions de travail.

Syndicats

Dans le cadre du débat actuel sur les risques psychosociaux, les partenaires sociaux se situent comme des interlocuteurs de choix, bien que les questions de santé mentale aient fait l'objet d'un désintérêt relatif de leur part, en raison notamment de leur dimension individualisante. Le risque de psychologisation des rapports entre santé et travail conduirait à reléguer la prise en compte des risques physiques et maladies professionnelles (*cf.* le débat sur les cancers professionnels, S. Platel, 2009) au second plan en limitant l'attention aux problématiques de « souffrance au travail ». Le discours de délégitimation du pouvoir explicatif et de la portée politique de la souffrance fait l'objet de débats, tant dans la sphère publique que dans les milieux scientifiques (E. Renault, 2009).

Pourtant la mise en visibilité des problèmes de santé liés au travail, ainsi que la responsabilité des accidents du travail et des maladies professionnelles représente un enjeu central pour les partenaires sociaux et fait l'objet de controverses soutenues avec les directions des entreprises. La préoccupation des partenaires sociaux est de situer les débats et les questions relatives à la souffrance et à la santé mentale sur le terrain collectif, comme en témoigne par exemple la création de l'« Observatoire du stress et des mobilités forcées » en 2007, suite aux suicides de salariés chez Orange, à l'initiative des syndicats Sud et Confédération générale des cadres (CGC).

Il apparaît que le traitement des questions de psychopathologie du travail est étroitement articulé aux ressources théoriques mobilisées par les acteurs de terrain, en vue de soutenir l'instruction et l'argumentation des rapports entre organisation du travail et santé mentale. Un exemple intéressant est abordé dans la présentation de l'évolution des débats concernant la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF entre 1985 et 2008 au sein de l'Instance nationale technique et représentative du CNHSCT (Comité national d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) (M. Benquet et al., 2010). Si la question de la souffrance psychique a pu constituer un argument de poids dans le débat sur la responsabilité du salarié et de l'employeur dans les accidents du travail, notamment à propos des cas de suicides de salariés, l'évolution du débat en termes de « risques psychosociaux » contribue à situer la souffrance psychique sur le plan du risque évaluable, ce qui déplace les termes du débat entre représentants du personnel et directions.

Directions

La reconnaissance des enjeux du travail pour l'identité et la santé s'avère difficilement compatible avec les critères d'efficacité, de productivité et de rentabilité qui sont privilégiés par les dirigeants, préoccupés par la pérennité

de l'entreprise et son développement. L'évolution de la législation et l'obligation de sécurité de résultat en matière de santé et de sécurité des salariés mettent les employeurs dans une position délicate et conduit à la mise en place de dispositifs de formation et de prévention diversifiés, dont l'efficacité rencontre rapidement des limites s'ils ne sont pas référés à l'organisation du travail et à la délibération sur le travail. L'« humanisation » de l'entreprise s'avère en effet insuffisante pour solder les questions de santé mentale au travail. Mais la direction tient un rôle important dans la conception et l'entretien des espaces de discussion formels sur l'organisation du travail. De sa volonté dépend également la pérennité des espaces informels qui sont des lieux de convivialité qui tendent à disparaître dans le contexte de remaniements et réorganisations justifiés par le maintien de la productivité.

Ces orientations spécifiques en matière de direction et de gouvernement d'entreprise supposent des décisions spécifiques qui ne peuvent être soutenues que par une formation intellectuelle spécifique des dirigeants sur les questions d'organisation du travail et pas seulement en gestion ou ressources humaines, afin de situer les décisions en référence au travail réel.

Directeurs et correspondants en ressources humaines

Les membres des services des ressources humaines sont chargés de l'administration des ressources (contrat de travail, paie...) d'une part, du développement des ressources (recrutement, évolution de carrière, formations...) d'autre part. Du fait de leur position centrale au sein de l'entreprise, ils pourraient représenter un interlocuteur de choix pour les questions de santé mentale au travail. Mais, en raison de leur engagement dans les questions relatives à la « gestion » des aspects matériels du travail et de la politique de l'emploi, au service de la performance de l'entreprise, leur action apparaît de fait souvent limitée à une opération d'« enregistrement » des situations problématiques des salariés.

Inspecteur du travail

Le rôle des inspecteurs du travail est de veiller au respect de l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de travail, à la santé et à la sécurité des travailleurs sur leur lieu de travail. Les inspecteurs du travail disposent d'un pouvoir d'investigation dans l'entreprise pouvant conduire à des observations et des mises en demeure de l'employeur en vue de se conformer à la réglementation. Ils disposent également d'une compétence à dresser des procès-verbaux notamment dans les cas de situations préjudiciables à la santé du travailleur. En pratique, la démarche de récolte des informations sur les incidents s'avère délicate et parfois difficile. Un problème spécifique est posé par les menaces, voire les violences exercées contre les inspecteurs et contrôleurs du travail qui réduisent

leur puissance d'action sur la prévention et l'instruction des questions relatives à la santé au travail.

Psychologue

La tâche spécifique du psychologue du travail est d'apprécier les rapports entre le fonctionnement psychique individuel et les modes d'organisation du travail. Si la place du psychologue apparaît d'emblée pertinente dans le repérage et la prise en charge des troubles psychopathologiques liés au travail, les conditions de son exercice et des modalités thérapeutiques utilisées apparaissent, en pratique, très diversifiées, notamment au regard de sa formation (conseil en gestion des ressources humaines, développement de l'organisation, formation, psychologie clinique, etc.). La « psychologisation » des situations professionnelles génère parfois des « télescopes des demandes » quand le repérage des éléments relatifs à la personnalité et la structure psychopathologique se substitue à l'investigation des savoir-faire et à la mobilisation de l'intelligence en situation de travail (C. Ballouard, 2008).

Dans le champ de la psychopathologie du travail, le psychologue peut être engagé :

- sur le versant de la prévention en proposant des actions de formation et de sensibilisation sur les rapports entre santé mentale et travail auprès des représentants du personnel, des salariés et de la direction ;
- sur le versant du soin, en proposant des entretiens à visée thérapeutique aux salariés qui présentent des troubles psychopathologiques liés au travail (cf. chapitre 13) ;
- dans certains cas, le psychologue peut être amené à intervenir ponctuellement suite à des événements critiques (accidents du travail, agressions, suicides) en recourant à des méthodes issues de la psychotraumatologie comme le *debriefing*.

15 Méthodes d'intervention en entreprise

Il existe de nombreuses méthodes d'intervention dans le champ de l'entreprise, qui s'appuient plus ou moins explicitement sur des propositions théoriques issues de la sociologie, de l'ergonomie, de la psychologie clinique, de la psychologie sociale, des théories du management, de l'organisation, etc. La plupart des dispositifs d'intervention « psychosociologique » sont héritiers des travaux sur les groupes en psychologie sociale (K. Lewin, J. Moreno) et sur la dynamique des groupes (W.R. Bion) et visent à résoudre des dysfonctionnements institutionnels (G. Mendel, J.L. Prades, 2002).

Nous n'aborderons ici que des méthodologies qui répondent à des demandes en psychopathologie du travail. On distingue schématiquement deux types d'intervention : individuelle ou collective qui sont organisées par des référentiels théoriques et des méthodes spécifiques.

Gestion du stress et coaching

Cette approche est actuellement largement utilisée dans le monde du travail. Elle vise la prévention individuelle des décompensations psychiques et la préservation de la performance en situation de travail. Les arguments sur le coût du stress motivent la mise en place de formations à la gestion du stress par les salariés. Pour les cadres, managers et dirigeants d'entreprise, la pratique du coaching vise à développer les compétences individuelles, en identifiant les lignes de force du comportement personnel pour les appliquer au domaine du travail. La gestion du stress est également proposée dans certains secteurs professionnels (police et armée en particulier) pour prévenir les réactions suicidaires. Les enjeux du travail pour l'identité et les compromissions effectuées pour tenir en situation de travail ne font pas l'objet d'une analyse spécifique.

www.facebook.com/Psybeook

Victimologie et psychotraumatologie

L'intervention d'urgence médico-psychologique est une démarche qui vise à prendre en charge de manière spécifique les personnes victimes d'événements exceptionnels. En France les CUMP (cellules d'urgence médico-psychologiques) sont constituées de réseaux de psychiatres, psychologues, infirmiers, formés aux techniques de l'urgence et de psychotraumatologie, qui ont pour mission de dépister et traiter les troubles psychiques consécutifs à des « catastrophes et accidents ». La première cellule a été mise

en place à la demande du gouvernement en juillet 1995 à Paris à la suite de l'attentat à la station RER Saint-Michel. Le principe de l'intervention médico-psychologique est d'aller *au-devant de la demande*, la victime n'étant pas en mesure de la formuler expressément.

L'approche théorique du psychotraumatisme met l'accent sur l'effraction traumatique et l'effondrement narcissique qui l'accompagne : il faut avoir été « exposé à un événement potentiellement psychotraumatisant (c'est-à-dire un événement exceptionnel violent et menaçant pour la vie ou bien l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'agression, accident, catastrophe ou événement de guerre), mais aussi de l'avoir vécu sur le mode du trauma, dans l'effroi, l'horreur et le sentiment d'impuissance et d'absence de secours » (L. Crocq et al., 2007). Le dispositif consiste en une prise en charge précoce facilitant l'abréaction du vécu douloureux et traumatique après l'événement, en vue de diminuer le risque de déclencher des troubles post-traumatiques (*debriefing*, groupes de parole) (J.J. Chavagnat, 2007). L'approche cathartique (L. Crocq, 2003) sous-tend toutes les prises en charge du « trauma », en vue d'attribuer une signification singulière à l'événement.

Si ce type de dispositif tend à se généraliser en direction des personnes confrontées à des événements extraordinaires sous la forme d'agressions et de violences perpétrées sur leur lieu de travail, il présente néanmoins l'inconvénient de ne pas prendre en compte la situation spécifique du travail. La symptomatologie post-traumatique peut en effet être analysée à la lumière des vulnérabilités de la structure individuelle sous-jacente, mais cette interprétation risque de manquer ce qui, dans la symptomatologie, revient en propre aux avatars des défenses liées au travail (*cf.* Partie II). L'approche victimologique peut aussi, dans certains cas, représenter un obstacle à la mise en débat sur l'organisation du travail et ses contradictions (A. Loubet-Devaux, 2002). Par ailleurs, les répercussions psychopathologiques de la confrontation à la violence « ordinaire » et coutumière en situation de travail ne sont pas envisagées par ce type d'approche (M.P. Guiho-Bailly, 2003).

Consultants et intervenants en prévention des risques professionnels

Les intervenants en prévention des risques professionnels ont une fonction de prévention basée sur des compétences techniques, organisationnelles, ou médicales (hors médecine du travail). Leur mission consiste à participer, au sein du dispositif de santé au travail, à « la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, en complément de l'action conduite par le ou les médecins du travail ».

Dans le cadre de leurs missions, les CHSCT peuvent faire appel à des experts agréés (par le ministère du Travail et de l'Agriculture) en cas de risques professionnels graves survenus dans l'établissement, ou en cas de projets portant sur des modifications des conditions de travail, d'hygiène

et de sécurité. La méthodologie, qui associe le plus souvent des méthodes quantitatives (échelles, questionnaires) et des approches qualitatives, est centrée sur l'analyse du travail et doit permettre à l'expert de formuler un diagnostic sur la situation, en vue de proposer des solutions et des préconisations.

Groupes d'analyse des pratiques professionnelles

Le développement des demandes d'analyses des pratiques dans les entreprises et les organisations conduit à la mise en œuvre de dispositifs variés qui visent à favoriser les processus de réflexivité des sujets sur leur situation professionnelle. De nombreux secteurs d'activité sont concernés : enseignement, médicosocial, orientation... Les transformations des organisations imposent des mutations des relations de travail et des contextes institutionnels qui nécessitent de dégager les dimensions psychologiques et relationnelles qui sous-tendent l'expérience professionnelle. Une des limites de dispositif clinique concerne les modalités d'élaboration de la souffrance au travail par la mise en place de groupes d'analyse des pratiques qui tendent à éviter le traitement des contradictions générées par l'organisation du travail (A.C. Giust-Ollivier, 2006 ; C. Lecomte, 2011).

Dans le cadre du travail en milieu hospitalier et de situations de souffrance rencontrées par les soignants, c'est généralement à travers des groupes Balint, des groupes de supervision ou d'analyse des pratiques, que le clinicien peut proposer un cadre de réflexion et d'élaboration. Si ces groupes prennent comme point de départ les effets psychologiques du travail, ils portent d'abord sur la relation établie avec le patient à partir de l'analyse des positions subjectives exprimées dans les mouvements transférentiels et contre-transférentiels établis entre soignants et patient. Le travail n'y est généralement abordé que comme un vecteur de la relation de soin et un support à l'expression de motions pulsionnelles archaïques et des liens imaginaires (R. Kaës, 1997). Il n'existe pas de théorie explicite du travail mais c'est le modèle du fonctionnement psychique individuel « extrapolé » au fonctionnement institutionnel qui sous-tend l'analyse des situations.

Enquêtes en psychodynamique du travail

L'objectif ici n'est pas de proposer une présentation complète de la méthodologie de l'enquête en psychodynamique du travail, mais d'en présenter les principes généraux¹. La méthode de l'enquête en psychodynamique

1 Pour un exposé précis du cadre méthodologique, nous renvoyons aux textes suivants : Dejours C. (2010). *Travail, usure mentale*. (2000, nouvelle édition 2008). Paris : Bayard Centurion. et Dejours C. (1995). Évaluation ou validation en psychologie du travail ? *Pratiques Psychologiques*. 1, 51-61.

du travail vise l'analyse et l'interprétation des situations de travail à partir d'un engagement des salariés dans le processus d'élaboration du rapport individuel et collectif au travail. Les participants, réunis à plusieurs reprises, s'expriment sur leur travail et sont conduits à mettre en discussion leurs activités réelles et les inflexions que celles-ci suscitent sur l'organisation prescrite du travail. La méthodologie employée, qui nécessite une analyse préalable de la demande, s'appuie sur la parole des salariés. Les demandes ont toujours en leur centre un questionnement en termes de souffrance dans le travail et de santé mentale. Étant donné le statut particulier de la souffrance, la constitution du ou des groupes de salariés fait appel au volontariat, en vue de favoriser les conditions d'authenticité de la parole. De même que le sens du vécu subjectif ne peut être donné de l'extérieur, la dimension affective du travail, liée à la mobilisation du corps (*cf.* Partie I) ne peut pas s'observer de manière directe. Parler de sa souffrance et entendre celle des autres ne peut se faire de manière contrainte. L'expression du vécu subjectif du travail se heurte ainsi aux défenses érigées pour lutter contre la souffrance, mais également aux intérêts stratégiques des sujets qui visent à occulter, minimiser ou travestir les faits. Le principe méthodologique qui vise à lever la difficulté de l'authenticité de la parole – gage de la validité des résultats de l'investigation clinique – consiste à accorder une place décisive à l'analyse de la demande. Le travail d'élaboration du vécu a en effet pour visée de comprendre les enjeux psychologiques de la situation de travail, à partir d'une élucidation du sens des conduites et de la mise en interrogation des responsabilités des sujets dans la situation qui est la leur, ce qui doit être assumé volontairement par les sujets. Par ailleurs, l'élaboration du vécu subjectif du travail repose sur des conditions intersubjectives organisées autour de l'écoute risquée des cliniciens qui s'engagent dans l'enquête, en vue d'accéder à l'intelligibilité de la situation de travail.

Une restitution des débats contradictoires sur le travail et une validation par le collectif de travail des interprétations formulées par les cliniciens qui donnent lieu à un rapport concluent l'enquête. Le rapport, qui a été discuté, nuancé, contredit, complété et donc validé par le collectif d'enquête, est remis aux intéressés et est destiné à alimenter la discussion sur la transformation de l'organisation du travail (P. Molinier, 2001). La méthode en psychodynamique vise donc la mise en évidence des connaissances sur le travail par un collectif constitué à partir d'une démarche compréhensive qui accorde à l'expérience vécue une place centrale (A. Schütz, 1971). C'est l'explicitation de la rationalité subjective des conduites des travailleurs qui est visée en première intention.

L'enquête se distingue des dispositifs de « conseil et d'intervention » ou d'« accompagnement », du fait de l'absence de préconisations proposées à l'issue des réunions. Ce point, souvent discuté, appelle des remarques sur les principes de l'action et du maniement du travail d'interprétation de la souffrance et des défenses. La psychodynamique du travail ne s'appuie pas sur l'analyse du transfert et du contre-transfert dans la mesure où le problème pratique consiste, non pas à travailler avec les manifestations de l'inconscient,

mais à élucider les contraintes extérieures qui traversent le monde du travail (en particulier les rapports sociaux de domination [cf. Partie I]) et viennent entraver la dynamique du fonctionnement psychique.

Par ailleurs, l'enquête en psychodynamique du travail ne vise pas, en première intention, des transformations objectives des situations de travail, comme c'est le cas par exemple en ergonomie, mais une transformation du rapport subjectif au travail. Le travail de perlaboration accompli dans le collectif d'enquête contribue en effet à transformer le rapport à la souffrance, au décours de l'analyse des stratégies de défense. La modification substantielle de l'organisation du travail qui peut en découler ne repose donc pas sur le dispositif de l'enquête *stricto sensu*, mais sur la capacité des sujets de penser les transformations de l'organisation du travail et de parvenir, le cas échéant, à inventer ou favoriser les conditions de ces transformations. Le lieu de l'action réside donc d'abord dans le travail d'élaboration du vécu du travail par les travailleurs, rendu possible par l'enquête.

Dans les cas particuliers des suicides en lien avec le travail, il est possible de proposer un certain nombre de principes pouvant orienter l'action (C. Dejours, F. Bègue, 2009). Il s'agit de pouvoir construire un dispositif, fondé sur l'indépendance du ou des cliniciens dans la démarche, qui permette de penser et d'analyser le suicide pour ne pas rester sans rien en dire. La présence d'une équipe d'appui externe contribue à analyser les pressions et les distorsions de la communication qui sont fréquentes au sein de l'entreprise, notamment au regard de l'imputation de la responsabilité du suicide. La mise en place d'un collectif de pilotage interne participe à la mobilisation de relais dans la structure ou l'entreprise. Le recours à des entretiens individuels peut représenter une étape dans le travail d'analyse qui vise à terme l'implication progressive des uns et des autres à travers la formation de collectifs de travailleurs volontaires. Le dispositif central de la démarche est fondé sur des entretiens collectifs en vue de repenser le travail et la contribution des sujets à l'organisation du travail, ainsi que les destins de cette contribution.

Bibliographie

- Abdoucheli E., Dejours C. (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. *Prévenir*. 20, 127-149.
- Abraham K. (1919). Les névroses du dimanche : remarques sur la communication de Ferenczi. In : *Œuvres Complètes*. Tome II. Paris : Payot ; 2000.
- Adam P. (2009). Le droit du travail français à l'épreuve des risques psychosociaux (une perspective contentieuse). In : Le Rouge L. (éd.). *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*. Paris : L'Harmattan.
- Amado G. (1990). Identité psychique, crise et organisation : pour une théorie de la résonance. *Psychologie Clinique*. 3, 103-115.
- Amado G. (1994). La résonance psychosociale au cœur de la vie et de la mort. *Revue Internationale de Psychosociologie*. 1, 87-94.
- Amado G., Guittet A. (2003). *Dynamique des communications dans les groupes*. Paris : Armand Colin.
- Arborio A.M. (1991). *Les aides-soignantes à l'hôpital : un travail invisible*. Syros.
- Arendt H. (1958). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy.
- Arendt H. (2001). *Qu'est-ce que la politique ?* Paris : Seuil.
- Arnaudo V. (2005). L'art du *phoning* : entre séduction et dérapages. Histoire d'un « harcèlement » sexuel au service de la performance. *Travailler*. 13, 95-112.
- Arnaudo V. (2008). Veille en santé mentale au travail : quelle place pour les médecins du travail ? *Archives des Maladies Professionnelles*. 69, (2), 204-207.
- Aubert N., de Gaulejac V. (1991). *Le coût de l'excellence*. Paris : Seuil.
- Badel M. (2009). Le pragmatisme du droit français. In : Le Rouge L. (éd.). *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*. Paris : L'Harmattan.
- Ballouard C. (2008). De « l'outilité » des psychologues, professionnels de pensée, dans le champ du travail : portrait. *Travailler*. 20, 123-136.
- Barbier J.C., Nadel H. (2000). *Flexibilité du travail et de l'emploi*. Paris : Flammarion.
- Bardot F. (2009). Travail et maltraitance dans une maison de retraite. *Travailler*. 22, 121-134.
- Bauman Z. (2000). *Liquid modernity*. Cambridge : Polity Press.
- Benquet M., Marichalar P., Martin E. (2010). Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008). *Sociétés Contemporaines*. 79, (3), 121-141.
- Bensaïd A. (2010). Apport de la psychopathologie du travail à l'étude d'une bouffée délirante aiguë. In : Dejours C. (éd.). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : PUF.
- Bergeret J. (1972). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Billiard I. (2000). *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*. Paris : La Dispute.
- Billiard I. (2002). Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. *Cliniques Méditerranéennes*. 66, (2), 11-29.
- Birost E., Jeammet P. (1994). *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune*. Paris : PUF.
- Böhle F., Milkau B. (1988). *Vom Handrad zum Bildschirm. Eine Untersuchung zur sinnlichen Erfahrung im Arbeitsprozess*. Francfort : Campus Verlag. Traduction française. *De la manivelle à l'écran. L'évolution de l'expérience sensible des ouvriers lors des changements technologiques*. Paris : Eyrolles ; 1998.

- Boltanski L., Chiapello E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.
- Bourdieu P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Éditions de Minuit.
- Bourdieu P. (1997). La connaissance par corps. In : *Méditations pascaliennes*. Paris : Le Seuil. 153-193.
- Bourgeois F. et al. (2000). *Troubles musculosquelettiques et travail. Quand la santé interroge l'organisation*. Lyon : Éditions ANACT.
- Bourgoin N. (1999). Suicide et activité professionnelle. *Populations*. 54, (1), 73-101.
- Boutet J. (éd.). (1995). *Paroles au travail*. Paris : L'Harmattan.
- Bouvet C., Schneider F. (2007). Les destins de l'agressivité dans les activités de service client en centre d'appel. *Travailler*. 18, 203-218.
- Bouvet C., Alegre A. (2010). Évaluer l'évolution psychologique des travailleurs d'Esat : questions méthodologiques. *Pratiques Psychologiques*. 16, (4), 359-373.
- Brauman R. (1993). *L'action humanitaire*. Paris : Flammarion ; 2002.
- Braunschweig D., Fain M. (1975). *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris : PUF.
- Brown E. et al. (2002). Les paroxysmes de la conciliation. Violence au travail et violence du conjoint. *Travail, Genre et Société*. 8, (2), 149-165.
- Bungener M., Pierret J. (1994). De l'influence du chômage sur l'état de santé. In : Bouchayer F. (éd.). *Trajectoires sociales et inégalités*. Mire-Insee-Erès.
- Buzzi S. et al. (2006). *La santé au travail : 1880-2006*. Paris : La Découverte.
- Calderon J. (2005). L'implication quotidienne dans un centre d'appels : les nouvelles « initiatives éducatives ». *Travailler*. 13, 75-94.
- Canguilhem G. (1943). *Le normal et le pathologique*. Quadrige. Paris : PUF ; 2005.
- Canino R. (1996). La sublimation dans la construction de l'identité sexuelle. *Adolescence*. 14, (2), 55-71.
- Canoui P., Mauranges A. (2008). *Le burn out à l'hôpital*. Paris : Masson.
- Carpentier-Roy M.C. (1991). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal : Liber.
- Cassel J. (2001). Différence par corps : les chirurgiennes. *Cahiers du genre*. 29, 53-81.
- Castel R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Fayard.
- Castro D. (2004). *Les interventions psychologiques dans les organisations*. Paris : Dunod.
- Chanlat J.F. (1990). *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*. Laval : Presses Universitaires de Laval.
- Chanlat J.F. (2002). Émotions, organisation et management : une réflexion critique sur la notion d'intelligence émotionnelle. *Travailler*. 9, 113-132.
- Chastang F. et al. (1997). Geste suicidaire et précarité d'emploi. In : Chavagnat J.J. (éd.). *Suicide et vie professionnelle*. Toulouse : Starsup Éditeur. p. 167-181.
- Chavagnat J.J. (2007). La victimologie. In : Dejours C. (éd.). *Conjurer la violence*. Paris : Payot.
- Chemama R. (2003). *Clivage et modernité*. Toulouse : Érès.
- Chiaroni J. (2001). Le harcèlement moral au travail, étude auprès des médecins du travail de la région PACA. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. 62.
- Coffin J.C. (2005). Le travail dans les services rend-il malade ? L'analyse du psychiatre Louis Le Guillant dans les années 1950-1960. *Le mouvement social*. 211, 67-81.
- Cohen F., Lazarus R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. In : Stone GC, Adler NE (eds). *Health Psychology*. San Francisco : Jossey-Bass. p. 217-254.
- Cohidon C., Santin G., Imbernon E. (2007). Conditions de travail selon l'activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. *Rapports de l'InVS*.

- Commission « Violence, travail, emploi, santé » du plan Violence et santé (2005). <http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/Travailetemploi.pdf>.
- Commission de réflexion sur la souffrance au travail, UMP et Nouveau Centre (2009). http://www.lasouffranceautravail.fr/tl_files/telechargements/Rapportfinal-2.pdf.
- Conroy C. (1989). Suicide in the workplace: Incidences, Victim Characteristics, and External Causes of Death. *Journal of Occupational Medicine*. 31, (10), 847-851.
- Coupechoux P. (2009). *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*. Paris : Seuil.
- Crocq L. (2003). L'approche cathartique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*. 3, (1), 15-24.
- Crocq L. et al. (2007). *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Masson.
- Cru D. (1985). Les tailleurs de Pierre, langue de métier et organisation du travail. *Travail*. 7, 48-55.
- Cru D. (1988). Les règles de métier. In : *Plaisir et souffrance dans le travail*. Tome I. Paris : Éditions Association d'ouverture pour le champ d'investigation psychopathologique (AOCIP). p. 29-49.
- Daniellou F., Laville A., Teiger C. (1983). Fiction et réalité du travail ouvrier. *Les Cahiers français*. 209, 39-45.
- Debout M. (2002). *La France du suicide*. Paris : Stock.
- De Clercq M., Lebigot F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- De Gaulejac V. (2005). *La société malade de la gestion*. Paris : Seuil.
- De Gaulejac V., Hanique F., Roche P. (2007). *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. Toulouse : Érès.
- Dejours C. (1980). Le vécu subjectif du chômage et l'organisation du travail. *Santé mentale*. 3-4, 26-29.
- Dejours C. (1980). *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Édition revue et augmentée. Paris : Bayard Centurion ; 2008.
- Dejours C. (1988). Le masculin entre sexualité et société. *Adolescence*. 6, (1), 89-116.
- Dejours C. (1989). *Recherches psychanalytiques sur le corps*. Paris : Payot. Nouvelle édition sous le titre. *Les dissidences du corps*. Paris : Payot Rivages ; 2009.
- Dejours C. (1992). Pathologie de la communication, situations de travail et espace public : le cas du nucléaire. *Raisons pratiques*. 3, 177-201.
- Dejours C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique, deux dimensions méconnues du travail réel. *Éducation Permanente*. 116, (3), 47-70.
- Dejours C. (1995). Évaluation ou validation en psychologie du travail ? *Pratiques Psychologiques*. 1, 51-61.
- Dejours C. (1996). « Centralité du travail » et théorie de la sexualité. *Adolescence*. 14, (2), 9-29.
- Dejours C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.
- Dejours C. (2001). *Le corps d'abord*. Paris : Payot.
- Dejours C. (2003). Entre santé mentale et travail : quelle subjectivité ? In : *Résistances au sujet, résistances du sujet*. Namur : Presses Universitaires de Namur. p. 211-233.
- Dejours C. (2003). *L'évaluation à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Paris : INRA Éditions.
- Dejours C. (2004). Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? *Travailler*. 11, 25-40.
- Dejours C. (2004). Nouvelles formes de servitude et suicide. *Travailler*. 13, 53-74.
- Dejours C. (2007). *Conjurer la violence*. Paris : Payot.

- Dejours C. (2009). *Travail vivant*. Tome 1. *Sexualité et travail* et tome 2. *Travail et émancipation*. Paris : Payot.
- Dejours C., Collot T., Godard P., Logeay P. (1986). Syndromes psychopathologiques consécutifs aux accidents du travail. Incidences sur la reprise du travail. *Le travail humain*, 49, (2), 103-116.
- Dejours C., Molinier P. (1994). De la peine au travail. *Autrement*. 142, 138-151.
- Dejours C., Bègue F. (2009). *Suicide et travail : que faire ?* Paris : PUF.
- Delphy C., (2001). *L'ennemi principal*. Tome 2. *Penser le genre*. Paris : Syllepses.
- Demaegd C. (2006). Approche clinique de l'inconstance de la faculté de jugement : du déni au doute. *Interrogations*. 3 (www.revue-interrogations.org).
- De Melo e Silva F. (2011). Pour une nouvelle clinique : le retour de la clinique du travail sur la clinique du cancer du sein. *Travailler*. 25, 145-160.
- Derriennic F., Pezé M., Davezies P. (1997). Analyse de la souffrance dans les pathologies d'hypersollicitation. *Actes du 1^{er} Colloque International de Psychodynamique et de Psychopathologie du Travail*. Tome 1. p. 209-252.
- Dessors D., Jayet C. (1991). Méthodologie et action en psychopathologie du travail. (À propos de la souffrance des équipes de réinsertion médicosociales). *Prévenir*. 20, 31-44.
- Detienne M., Vernant J.P. (1974). *Les ruses de l'intelligence. La métis chez les Grecs*. Paris : Flammarion.
- Doniol-Shaw G. (2000). Symptomatologie dépressive et travail en sous-traitance nucléaire en France : des facteurs professionnels sont-ils en cause ? *Travailler*. 5, 47-72.
- Doniol-Shaw G. (2009). L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes. *Travailler*. 22, 27-42.
- Dossier : « Le cœur à l'ouvrage » (2003). *Santé et Travail*. 45, (10), 25-51.
- Douville O. (2004). Souffrance psychique et poids du social. In : Marty F. (éd.). *Ce que souffrir veut dire*. Toulouse : Érès.
- Drida M., Engel E., Litzenberger M. (1999). Du harcèlement ou la violence discrète des relations de travail. In : *Violence et Travail. Actes du deuxième colloque international de psychopathologie et psychodynamique du travail*. Paris : CNAM. p. 91-100.
- Dubar C. (1991). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Dujarier M.A. (2006). *L'idéal au travail*. Paris : PUF.
- Du Tertre C. (2002). Service, relation de service et économie immatérielle. In : Hubault F. (éd.). *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie*. Toulouse : Octarès. p. 225-235.
- Du Tertre C. (2008). Services immatériels et relationnels : intensité du travail et santé. *Activités*. 2, 37-49.
- Ehrenberg A. (2010). *La société du malaise. Le mental et le social*. Paris : Odile Jacob.
- Eiguer A. (1996). *Le pervers narcissique et son complice*. Paris : Dunod.
- Enriquez E. (1992). *L'organisation en analyse*. Paris : PUF.
- Erikson EH. (1994). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris : Flammarion.
- Esman S., Nimis J.L., Molinier P. (2010). Problématiques éthiques liées à une organisation inadéquate du care entre infirmières et aides-soignantes en gériatrie. *Éthique et Santé*. 1, 37-42.
- Estryn-Behar M., Fouillot J.P. (1990). Étude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins. *Documents pour le médecin du travail*. 42, (6), 131-144.
- Ey H. (éd.). (1946). *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*. III^e Colloque de Bonneval, 1946. Paris : Bibliothèque des introuvables ; 2004.

- Foot R. (2005). Faut-il protéger le métro des voyageurs ? Ou l'appréhension du voyageur par les ingénieurs et les conducteurs. *Travailler*. 14, 169-205.
- Fougeyrollas-Schwebel D. et al. (2000). Approche quantitative des violences envers les femmes au travail : quelles analyses privilégier ? *Travailler*. 4, 139-154.
- Fouquet B. et al. (2005). *Santé mentale, appareil locomoteur et pathologies professionnelles*. Paris : Masson.
- Franc R. et al. (1988). Le chômage est-il un facteur de risque suicidaire ? *Psychologie Médicale*. 20, 392-395.
- Frances R. (1979). *Motivation et efficacité au travail*. Paris : Mardaga.
- Freud S. (1900). L'interprétation du rêve. In : *Œuvres complètes de Freud*. Tome IV. Paris : PUF ; 2003.
- Freud S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle. In : *Œuvres complètes de Freud*. Tome VI. Paris : PUF ; 2006. p. 59-182.
- Freud S. (1911). Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique. In : *Œuvres complètes de Freud*. Tome XI. Paris : PUF ; 1998.
- Freud S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. In : *Métapsychologie*. In : *Œuvres complètes de Freud*. Tome XIII, 2^e édition. Paris : PUF ; 1994.
- Freud S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In : *Œuvres complètes de Freud*. Tome XV. Paris : PUF.
- Freud S. (1921). Psychologie des masses et analyse du moi. In : *Œuvres complètes de Freud*. Tome XVI. 2^e édition. Paris : PUF ; 2003.
- Freud S. (1927). L'avenir d'une illusion. In : *Œuvres complètes de Freud*. Tome XVIII. Paris : PUF ; 1995.
- Freud S. (1929). Le malaise dans la culture. In : *Œuvres complètes de Freud*. Tome XVIII, Paris : PUF ; 1995.
- Freudenberger H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 30, 159-165.
- Friedmann G. (1956). *Le travail en miettes*. Paris : Gallimard.
- Furtos J. (2008). *Cliniques de la précarité*. Paris : Masson.
- Gaignard L. (2001). Résonance symbolique entre les idéologies managériales et la sphère privée : questions pour une psychanalyste en ville. *Travailler*. 6, 115-128.
- Gaignard L. (2006). Introduction au dossier Racisme et travail. *Travailler*. 16, 7-14.
- Gaignard L. (2007). Les figures psychopathologiques de la culpabilité objective. In : Dejours C. (éd.). *Conjurer la violence*. Paris : Payot.
- Gaignard L. (2008). Fatalisme économique, ambition et psychose de souhait. *Travailler*. 20, 19-36.
- Gaignard L., Charon A. (2005). Gestion de crise et traumatisme : les effets collatéraux de la « vache folle ». De l'angoisse singulière à l'embarras collectif. *Travailler*. 14.
- Ganem V. (2006). Un processus d'assignation psychologique peut en cacher un autre. À propos de la couleur de peau en Guadeloupe. *Travailler*. 16, 171-182.
- Garrau M., Le Goff A. (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*. Paris : PUF.
- Gernet I., Gaignard L. (2005). La psychopathologie du travail : du zèle à l'effondrement. In : Chavagnat J.J. (éd.). *Prévention du suicide*. Paris : John Libbey Eurotext. p. 119-128.
- Gernet I., Chekroun F. (2008). Travail et genèse de la violence. À propos des soins aux personnes âgées. *Travailler*. 20, 41-60.
- Giacometti A. (1952). *Je ne sais ce que je vois qu'en travaillant*. Paris : Édition l'Échoppe ; 1993.
- Giust-Ollivier A.C. (2006). Le psychosociologue face aux enjeux de la responsabilité. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*. 2, (2), 47-58.

- Goleman D. (1995). *L'intelligence émotionnelle au travail*. Paris : Éditions Pearson ; 2010.
- Gollac M., Volkoff S. (2007). *Les conditions de travail*. Paris : La Découverte.
- Gournay M., Lanière F., Kryvenac I. (2002). Étude des suicides liés au travail en Basse-Normandie. *Travailler*. 12, 91-8.
- Guiho-Bailly M.P. (1996). Psychopathologie de la post-adolescence. Identité masculine et évolutions du travail. *Adolescence*. 14, (2), 31-48.
- Guiho-Bailly M.P. (2004). Si tu n'avances pas, tu recules ; si tu recules, tu meurs. Clinique de l'addiction au travail en psychiatrie quotidienne. *Travailler*. 11, 41-56.
- Guiho-Bailly M.P., Dessors D. (1997). Questionnement de la stratégie défensive d'un collectif de femmes dans le travail social : ruse de la bêtise et reconnaissance par la plainte. *Actes du Colloque International de Psychopathologie et Psychodynamique du Travail*. Republié in : Dessors D. (éd.). *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail*. Toulouse : Érès ; 2009.
- Guiho-Bailly M.P., Guillet D. (2003). Existe-t-il des situations d'urgence en psychopathologie du travail ? *Travailler*. 10, 57-76.
- Guiho-Bailly M.P., Guillet D. (2005). Psychopathologie et psychodynamique du travail. *EMC Toxicologie-Pathologie professionnelle*. 2, 98-110.
- Guiho-Bailly M.P., Lafond P. (2010). Docteur, l'Alzheimer à mon âge ça se voit ? In : Dejours C. (éd.). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : PUF.
- Gutton P. (1991). *Le pubertaire*. Quadrige. Paris : PUF ; 2003.
- Habermas J. (1981). *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris : Fayard ; 1987.
- Haudricourt A.G. (1987). *La technologie, science humaine*. Paris : Maison des Sciences de l'Homme.
- Hautefeuille M. (2008). Le dopage des cadres ou le dopage au quotidien. *L'Information Psychiatrique*. 84, (9), 827-34.
- Henry M. (1987). *La barbarie*. Paris : PUF.
- Hirata H. (1995). Division sexuelle et internationale du travail. In : Boutet J. (éd.). *Paroles au travail*. Paris : L'Harmattan.
- Hirata H., Kergoat D. (1988). Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail. In : *Plaisir et souffrance dans le travail*. Tome II. Paris : Éditions AOCIP. p. 131-176.
- Hirigoyen M.F. (1998). *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*. Paris : Éditions La Découverte et Syros.
- Hochschild A.R. (1983). *The Managed Heart, commercialization oh human feelings*. Berkeley: University of California Press. (Traduction).
- Hochschild A.R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*. 9, 19-49.
- http://www.andrh-pereire.org/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_20110422.pdf.
- Huez D. (2003). Souffrances invisibles et dépressions professionnelles. Mettre l'organisation du travail en délibération. *Travailler*. 10, 39-56.
- Hughes E.C. (1951). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par J.M. Chapoulie. Paris : Éditions de l'EHESS ; 1996.
- Ingwiller S., Molinier P. (2010). On ne va pas prendre les patients en otage. Souffrance éthique et distorsion de la communication dans un service de nuit en gériatrie. *Travailler*. 23.
- Jaques E. (1955). Social system as a defence against persecutory and depressive anxiety. In : *New directions in psychoanalysis*. London : Tavistock Publication. 478-498. Traduction française. Des systèmes sociaux comme défense contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution. In : Levy A. (éd.). *Psychologie sociale. Textes fondamentaux anglais et américains*. Tome 2. Paris : Dunod ; 1978. p. 546-565.

- Jeantet A. (2002). L'émotion prescrite au travail. *Travailler*. 9, 99-112.
- Jeantet A. (2003). À votre service ! La relation de service comme rapport social. *Sociologie du travail*. 45, (2), 191-209.
- Joubert M. (2004). *Santé mentale, ville et violences*. Toulouse : Érés.
- Kaës R. (1997). L'intérêt de la psychanalyse pour traiter la réalité psychique de/dans l'institution. *Revue Internationale de Psychosociologie*. 4, (6-7), 79-98.
- Kalsbeek J. (1985). Étude de la surcharge informatique sur le comportement et l'état émotionnel. In : Dejours C., Veil C., Wisner A. (eds). *Psychopathologie du travail*. Paris : Entreprise moderne d'édition. p. 167-73.
- Karam H. (2011). Le travailleur alcoolique et le système d'évaluation de la performance au travail : une dramaturgie. *Travailler*. 25, 73-84.
- Karasek R., Theorell T. (1990). *Healthy Work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books.
- Kergoat D. (1988). Le syllogisme de la constitution du sujet sexué féminin. Le cas des ouvrières spécialisées. In : Iresco (éd.). *Les rapports sociaux de sexe : problématiques, méthodologies, champs d'analyses*. Republié (2001). *Travailler*. 6, 105-114.
- Kergoat D. (2000). *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris : PUF.
- Kergoat D. (2001). Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. *Actuel Marx*. 30, 85-100.
- Kocyba H. (2007). Anerkennung, Subjektivierung, Singularität. *Travailler*. 18, 89-102.
- Ladrière P. (1990). La sagesse pratique. In : Pharo P., Quere L. (eds). *Les formes de l'action*. Paris : Éditions EHESS. p. 15-38.
- Laplanche J. (1997). La soi-disant pulsion de mort : pulsion sexuelle. In *Entre séduction et inspiration : l'homme*. Paris : PUF ; p. 189-219
- Laplanche J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1994.
- Laplanche J. (2003). Le genre, le sexe, le sexual. In : Green A., Grubrich-Simitis I., Laplanche J., Schimek J. (eds). *Études sur la théorie de la séduction*. *Libres Cahiers pour la Psychanalyse*. Paris : In Press. p. 69-103.
- Laxenaire M. (1983). Anxiété et chômage. *Soins Psychiatrie*. 30, 9-14.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Le Breton D. (2008). *La sociologie du corps*. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Lecomte C. (2011). Analyse des pratiques et processus de subjectivation en situation professionnelle. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*. 11, (1), 53-66.
- Le Guillant L. (1958). La névrose des téléphonistes. In : *Quelle psychiatrie pour notre temps ?* Toulouse : Érés ; 1985.
- Le Guillant L. (1963). Incidences psychopathologiques de la condition de bonne à tout faire. *L'Évolution Psychiatrique*. Réédité in : *Quelle psychiatrie pour notre temps ?* Toulouse, Érés ; 1985. p. 294-329.
- Le Guillant L., Bégoïn J. (1957). Quelques remarques méthodologiques à propos de la névrose des téléphonistes. In : *Les conditions de vie et la santé*, republié. In : *Le drame humain du travail : Essai de psychopathologie du travail*. Toulouse : Érés ; 2006.
- Lemperière T. et al. (1997). *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : Masson.
- Le Rouge L. (2009). Les risques psychosociaux reconnus par le droit : le couple « dignité-santé ». In : Le Rouge L. (éd.). *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*. Paris : L'Harmattan.
- Le Rouge L. (2010). Le droit du travail français confronté aux « nouveaux risques ». Quelle prise en compte de la santé mentale en droit du travail ? *Revue Multidisciplinaire sur l'Emploi, le Syndicalisme et le Travail (REMEST)*. 5, (2), 21-38.
- Levy A. (1997). *Sciences cliniques et organisations sociales*. Paris : PUF.

- Leymann H. (1996). *Mobbing : la persécution au travail*. Paris : Seuil.
- Lhuillier D. (2002). *Placardisés. Des exclus dans l'entreprise*. Paris : Seuil.
- Lhuillier D. (2006). Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail. *Psychologie du travail et des organisations*. 12, (2), 91-103.
- Lhuillier D. (2006). *Cliniques du travail*. Toulouse : Érès.
- Linhart R. (1978). *L'établi*. Paris : Éditions de Minuit.
- Litim M., Kostulski K. (2006). Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*. 1, 45-54.
- Liu T., Waterbor J.W. (1994). Comparison of suicide rates among industrial groups. *American Journal of Industrial Medicine*. 25, (2), 197-203.
- Llorca M.C. (2004). Précarité et vulnérabilité : notions et approches. In : Tap P., Lourdes Vasconcellos M. (eds). *Précarité et vulnérabilité psychologique. Comparaisons franco-portugaises*. Toulouse : Érès.
- Llory M., Llory A. (1996). Description gestionnaire et description subjective du travail : des discordances. Le cas d'une usine de montage d'automobiles. *Revue Internationale de Psychosociologie*. 3, (5), 33-52.
- Loriol M. (2002). « Mauvaise fatigue » et contrôle de soi : une approche sociohistorique. *PISTES*. 4, 1.
- Loriol M., Weller J.M. (2005). Comment comprendre la plainte de stress au travail ? In : Furtos J., Laval C. (eds). *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*. Toulouse : Érès.
- Loubet-Devaux A. (2002). Incivilités et violences dans les transports en commun. Comment ne pas sous-estimer l'impact de l'organisation du travail sur la santé des conducteurs. *Travailler*. 9, 163-171.
- Mac Dougall J. (1982). *Théâtres du je*. Paris : Gallimard.
- Marcelli D., Braconnier A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson.
- Marty P. (1991). *La psychosomatique de l'adulte*. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Marty P., de M'Uzan M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*. 27, 345-356.
- Maslach C., Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 2, (2), 99-113.
- Mauss M. (1934). Les techniques du corps. In : *Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF ; 2004.
- Melman C. (2002). *L'homme sans gravité*. Paris : Denoël.
- Mendel G. (1992). *La société n'est pas une famille*. Paris : La Découverte.
- Mendel G. (1998). *La psychanalyse revisitée*. Paris : La Découverte.
- Mendel G., Prades J.L. (2002). *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*. Paris : La Découverte.
- Menzies-Lyth I. (1960). Social Systems as a Defense against Anxiety. An Empirical Study of the Nursing Service of a General Hospital. *Human Relations*. 13, 95-121.
- Mercadier P. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Éditions Seli Arslan.
- Merchiers J. (2000). A-t-on besoin de compétence pour travailler ? *Travailler*. 43-71.
- Molinier P. (1995). Psychodynamique du travail et identité sexuelle. Thèse de doctorat en Psychologie. Paris : CNAM.
- Molinier P. (1996). Féminité et entrée dans le monde du travail. *Adolescence*. 14, (2), 49-54.
- Molinier P. (1999). Prévenir la violence. L'invisibilité du travail des femmes. *Travailler*. 3, 73-86.

- Molinier P. (2000). Virilité défensive, masculinité créatrice. *Travail, Genre et Société*. 3, 25-44.
- Molinier P. (2001). Souffrance et théorie de l'action. *Travailler*. 7, 131-146.
- Molinier P. (2004). Dépression sous les neutrons. Une enquête dans l'industrie de process. *Cahiers du Genre*. 36, 121-144.
- Molinier P. (2005). De la condition de bonne à tout faire au début du vingtième siècle à la relation de service dans le monde contemporain : analyse clinique et psychopathologique. *Travailler*. 13, 9-34.
- Molinier P. (2006). Le masochisme des femmes dans le travail : mythe sexiste ou défense professionnelle ? Le cas des infirmières de bloc opératoire. *Psychologie Clinique et Projective*. 12, 211-230.
- Molinier P. (2006). Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. In : Paperman P., Laugier S. (eds). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Raisons Pratiques. Paris : Éditions EHESS. p. 299-316.
- Molinier P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Payot Rivages.
- Molinier P. (2009). Vulnérabilité et dépendance. De la maltraitance en régime de gestion hospitalière. In : Jouan M., Laugier S. (eds.). *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris : PUF.
- Molinier P., Flottes A. (1999). Primauté de l'argent, dévalorisation du travail : un sentiment d'incompétence anxiogène. *Travailler*. 2, 113-30.
- Molinier P., Laugier S., Paperman P. (2009). *Qu'est-ce que le care*. Paris : Payot.
- Moscovitz J.J. (1971). Approche psychiatrique des conditions de travail. *L'Évolution psychiatrique*. 36, 183-221. Republié (2007) in : *Travailler*. 17, 7-46.
- Muchielli A. (1986). *L'identité*. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Niedhammer I. (2007). Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale SUMER. *Travailler*. 17.
- Niedhammer I., Siegrist J. (1998). Facteurs psychosociaux au travail et maladie cardio-vasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 46, (5), 398-410.
- Niedhammer I., Golbert M., Leclerc A. et al. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scan J Work Environ Health*. 24, (3), 197-205.
- Noël O. (2006). Idéologie raciste et production de systèmes discriminatoires dans le champ de l'apprentissage. *Travailler*. 16, 15-36.
- Nurock V. (2010). *Carol Gilligan et l'éthique du care*. Paris : PUF.
- Oates W.E. (1971). *Confessions of a workaholic: The facts about work addictions*. New York : World Pub.
- Ostamo A., Lahelma E., Lönnqvist J. (2001). Transitions of employment status among suicide attempters during a severe economic recession. *Social Science & Medicine*. 52, (11), 1741-1750.
- Parat C. (1991). À propos de la répression. *Revue Française de Psychosomatique*. 1, 93-113.
- Paugam S. (2006). *L'épreuve du chômage : une rupture cumulative des liens sociaux ?* Paris : PUF.
- Pezé M. (2002). *Le deuxième corps*. Paris : La Dispute.
- Pezé M. (2003). Le geste de travail entre usure et sublimation. *Revue Française de Psychosomatique*. 24, 107-126.
- Pezé M. (2010). Le harcèlement moral au travail : contrainte par corps. In : Dejours C (éd.). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : PUF.
- Pezé M. et al. (2002). La notion de harcèlement dans le travail : réparation ou reconnaissance de la souffrance au travail. *Travailler*. 9, 189-206.

- Pezé M., de Gasparo C. (2003). Étude d'une cohorte clinique de patients harcelés : une approche sociologique quantitative. *Documents pour le médecin du travail*. 95, 307-331.
- Pharo P. (1996). *L'injustice et le mal*. Paris : L'Harmattan.
- Philippe A. (1988). Suicide : évolutions actuelles. *Regards sur l'Actualité*. 137, 45-55.
- Pinto J. (1990). Une relation enchantée : la secrétaire et son patron. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 84, 32-48.
- Pirlot G. (2002). Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction. *Revue Psychotropes*. 8, (2), 97-118.
- Pirlot G. (2009). *Psychanalyse des addictions*. Paris : Armand Colin.
- Platel S. (2009). La reconnaissance des cancers professionnels : entre tableaux et CRRMP, une historique prudence à indemniser. *Mouvements*. 58, 46-55.
- Porcher J. (2002). *Éleveurs et animaux, réinventer le lien*. Paris : PUF.
- Press J. (1995). La répression, refoulement du pauvre ? *Revue Française de Psychosomatique*. 7, 123-142.
- Prévot E. (2007). Alcool et sociabilité militaire : de la cohésion au contrôle, de l'intégration à l'exclusion. *Travailler*. 18, 159-182.
- Quaderi A. (2004). Violence traumatique en gériatrie. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*. 42, 105-171.
- Raix A. (1995). Psychopathologie du travail et du chômage. *EMC Psychiatrie*. 37-886-A-10.
- Rapport Nasse-Légeron. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000156/0000.pdf>.
- Rapport du Sénat, G. Dériot. (2010). *Le Mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action*.
<http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-1.html>.
- Rapport Gollac et Bodier. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les mesurer*.
- Rau R., Morling K., Rösler U. (2010). Is there a relationship between major depression and both objectively assessed and perceived demands and control. *Work and Stress*. 24, (1), 88-106.
- Renault E. (2009). Souffrance et critique sociale. In : Périlleux T., Cultiaux J. (eds). *Destins politiques de la souffrance*. Toulouse : Érès.
- Revuz C. (1999). Traitement du chômage/Maltraitance des chômeurs... et des professionnels de l'emploi. *Actes du 2^e Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail*, « Violence et Travail. Paris : CNAM.
- Roquelaure Y., Ha C., Leclerc A., Touranchet A., Sauteron M., Imbernon E., Goldberg M. et 80 médecins du travail de la région des Pays de la Loire. (2005). Surveillance des principaux troubles musculo-squelettiques et de l'exposition au risque dans les entreprises en 2002 et 2003. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 44-45, 224-226.
- Roiphe H., Galenson E. (1987). *La naissance de l'identité sexuelle*. Paris : PUF.
- Rosé D. (1997). *L'endurance primaire*. Paris : PUF.
- Saada R. (2003). Le CHSCT, acteur de la prévention. *Droit Ouvrier*. 656, 90.
- Sadock V. (2003). L'enjolivement de la réalité, une défense féminine ? Étude auprès des auxiliaires puéricultrices. *Travailler*. 10, (2), 93-106.
- Salmona M. (1994). *Les paysans français. Le travail, les métiers, la transmission des savoirs*. Paris : L'Harmattan.
- Sami-Ali M. (1980). *Le banal*. Paris : Dunod.
- Sandret N., Huez D. (2008). Clinique médicale du travail. *Archives des Maladies Professionnelles*. 69, (2), 359-361.
- Schütz A. (1971). *Le chercheur et le quotidien*. Paris : Méridiens Klincksieck ; 1987.

- Sennett R. (1998). *Le travail sans qualités. Les conséquences humaines de la flexibilité*. Paris : Albin Michel ; 2000.
- Sigaut F. (1990). Folie, réel et technologie. *Techniques et Culture*. 15, 167-179. Republié (2004) in : *Travailler*. 12, 117-130.
- Sivadon P. (1951). Le travail des malades à l'hôpital psychiatrique. *Information Psychiatrique*. 6, p. 158.
- Sivadon P. (1952). Psychopathologie du travail. *L'Évolution psychiatrique*. 3, 441-474.
- Smadja C. (2001). *La vie opératoire*. Paris : PUF.
- Spence J.T., Robbins A.S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*. 58, (1), 160-178.
- Spérandio J.C. (1984). *L'ergonomie du travail mental*. Paris : Masson.
- Spire A. (2008). *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*. Paris : Raisons d'Agir.
- Stellman J.M. (2000). *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*. Genève : Bureau International du Travail.
- Sznclwar L., Massetti M. (2002). Atteinte corporelle et/ou souffrance psychique ? Une étude clinique à partir du vécu des travailleurs souffrant de TMS. *Travailler*. 8, 177-198.
- Tennant C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 51, (5), 697-704.
- Tessier H. (2011). Clinique du travail et évolution du droit : à propos d'un suicide au travail. *Travailler*. 26, 111-126.
- Thomassin C. et al. (2009). Enquête en Seine-Saint-Denis sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail (Enquête VSFT-93). *Travailler*. 22, 59-78.
- Torrente J. (2004). *Le psychiatre et le travailleur. Cheminement de la psychopathologie du travail d'hier à demain*. Paris : Doin.
- Tosquelles F. (1967). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Toulouse : Érès ; 2009.
- Touraine A. (1965). *Sociologie de l'action*. Paris : Seuil.
- Touraine A. (1982). Les conduites de chômage. *Prospective et Santé*. 23, 13-16.
- Trist E., Murray H. (1993). The social engagement of social science. A Tavistock Anthology, Volume II. *The socio-Technical Perspective*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Valette J.C. (2002). Subjectivité et action collective. *Travailler*. 8, 73-86.
- Veil C. (1957). Phénoménologie du travail. *L'Évolution Psychiatrique*. 4, 693-721. Republié (1992) in : *Travailler*. 2, 13-38.
- Veil C. (1957). La fatigue industrielle et l'organisation du travail. La notion de détérioration. *Archives des Maladies Professionnelles*. 18, (1), 33-37.
- Venisse J.L. (1991). *Les nouvelles addictions*. Paris : Masson.
- Verdon B., Chabert C. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : PUF.
- Vézina M., Saint-Arnaud L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*. 25, 119-128.
- Voswinkel S. (2007). L'admiration sans appréciation. Les paradoxes de la double reconnaissance du travail subjectivé. *Travailler*. 18, 59-88.
- Vygotsky L. (1934). *Pensée et langage*. Paris : Éditions Sociales ; 1985.
- Wallon H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris : Flammarion ; 1978.
- Walter M. (2001). *Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien. La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge (conférence de consensus)*. Paris : John Libbey Eurotext.
- Wang J. (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episodes. *Psychological Medicine*. 35, (6), 865-871.
- Weil S. (1951). *La condition ouvrière*. Paris : Gallimard.

- Wharton A.S. (2004). Femmes, travail et émotions : concilier emploi et vie de famille. *Travailler*. 12, (2), 135-160.
- Whul S. (1991). *Du chômage à l'exclusion*. Paris : Syros.
- Winnicott D.W. (1951). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard ; 2002.
- Zulmira Rossi E., Magnolia Mendes A. (2009). Stratégie de défense et anesthésie de la douleur dans l'étiologie des TMS. *Travailler*. 22, 101-120.

Index

A

- Accès maniaques, 67
- Accidents du travail, 68, 74, 86, 113, 129, 130, 132
- Activisme, 23
- Activité, 4, 13, 16, 22, 41, 46, 69, 73, 91, 102, 123
 - de service, 93, 94, 124
 - déontique, 45, 79
 - subjectivante, 40
- Adaptation, 4
 - au monde, 5
 - sociale, 5
- Addictions, 96, 97, 114
- Adolescence, 32, 51, 59
- Affectivité, 8, 16, 42
- Affects, 37, 73, 90, 94
- Agir expressif, 91
- Alcool, 74
- Aliénation, 12, 32, 50
 - culturelle, 52
 - mentale, 7, 51
 - sociale, 7, 51
- Angoisse, 8, 21, 25, 27, 29, 53, 73, 75, 76, 82, 97, 100, 104
 - de castration, 58
- Assignment
 - de genre, 33, 58
- Auto-accélération, 22, 92, 97
- Autonation, 13
- Autonomie, 10, 11, 13, 14, 32, 69, 80, 96, 98, 103, 107
 - morale subjective, 54

B

- Burn out*, 6, 87, 89, 92

C

- Care, 32, 56, 66
- Centralité
 - de la sexualité, VI, 27
 - du sexuel, 27

- du travail, VI, 30, 31, 64, 105
- Charge
 - mentale, 6
 - physique, 6, 88
 - psychique, 6, 88, 89, 98
- Chômage, 107, 127
- Clivage, 23, 55, 84, 90, 104
- du Moi, 122
- Coaching, 133
- Collectif de travail, 39, 44, 49, 50, 74, 106, 128
- Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), 129, 134
- Compétence, 42
- Conditions
 - de travail, 5, 8, 11, 113, 130, 131, 134
 - domestiques, 8
 - sociales, 4, 63, 104
- Confiance, 46, 48, 92
- Conflits, VI, 33, 53, 60, 70, 72, 94, 104
 - éthiques, 23
 - intrapsychiques, 15, 28, 63, 90
 - psychiques, 22, 97
- Conscience morale, 29, 53, 54
- Consentement, 30, 84
- Contraintes
 - d'objectifs, 124
 - de cadence, 11, 88
 - de performance, 88
 - de postures, 11
 - de résultats, 13
 - de temps, 10, 11, 124
 - de travail, 6, 20, 63, 82, 92, 95, 105
 - organisationnelles, 14, 31, 102, 125
 - physiques, 11
- Contre-transfert, 136
- Convivialité, 47, 73, 100
 - stratégique, 46, 107
- Coopération, 44, 46, 49, 52, 53, 56, 65, 92, 95
 - horizontale, 47

- transverse, 47
- verticale, 47, 123
- Coordination, 44
- Corps, 4, 11, 14, 25, 34, 36, 40, 44, 45, 51, 56, 86, 87, 89, 95, 136
- biologique, 37, 38
- érogène, 90
- érotique, 37–39, 41, 91
- Corpspropriation, 41
- Cruauté, 86
- Culpabilité, 16, 35, 53, 70, 77, 78, 99
- Culture, 28, 54
- Cynisme viril, 25, 56

D

- Décompensation(s), VI, 3, 14, 20, 27, 60, 72, 77, 82, 83, 85, 106, 107, 133
- psychopathologique(s), 23, 26, 42, 50, 52, 63, 124, 128
- psychotiques, 71
- aiguës, 72
- somatique(s), 88, 90, 97
- Délibération, 53, 54, 94
- Déni, 16, 21, 24, 43, 58, 59, 69, 74, 76, 91, 100, 104
- de perception, 25, 56
- de réalité, 73
- Dépersonnalisation, 15, 92
- Dépression, 23, 29, 65, 67, 83, 84, 97, 108, 126
- essentielle, 89
- réactionnelle professionnelle, 68
- Désir, 53, 54, 98
- Discrimination, 114, 125
- Division
- sexuelle du travail, 12, 31, 56, 58
- sociale du travail, 31
- Domination, 8, 23, 66, 69, 81
- sociale, 78, 84
- Dopage, 99, 100
- Douleur, 91, 93
- Droit du travail, 113

E

- Élaboration psychique, 18, 27, 70, 89, 98, 104
- Émancipation, 55
- Emprise, 54
- Ennui, 15, 83
- Ergonomie, 16, 19, 41

É

- Érotisation
- de la souffrance, 82
- Espace de délibération, 47
- Estime de soi, 83, 93, 97, 108, 118
- Étayage, 37, 90, 97, 108
- Évaluation, 92, 93, 98, 124
- des performances, 80
- individualisée, 16, 64
- des performances, 92
- objective, 13

F

- Facteur humain, 9
- Fantasmes, 17, 59
- vitalistes, 37
- Fatigue, 10, 26, 67, 83, 88, 100
- chronique, 6
- de compassion, 92
- nerveuse, 6–8, 93
- Faute
- inexcusable de l'employeur, 116
- intentionnelle de l'employeur, 116
- Féminité, 33, 59, 86
- Flexibilité, 16, 66, 96, 102
- de l'emploi, 13
- du travail, 13
- Fonctionnement psychique, V, 11, 14, 17, 22, 26, 27, 30, 37, 59, 63, 85, 88–90, 94, 97, 101, 106, 120, 122, 124, 126, 135, 137
- Fordisme, 3, 12, 13

G

- Genre, 31, 58, 66, 125
- Groupes Balint, 135

H

- Harcèlement, 75, 114, 121
- moral, 67, 80, 82, 113, 120
- sexuel, 80
- Honte, 16, 25, 81, 99
- Hyperactivisme, 97
- Hyperactivité, 69, 83, 96, 97

I

- Identification, 30, 33, 97
- Identité, V, 18, 23, 30, 31, 42, 50, 59, 70, 79, 86, 96, 103, 106, 118, 122, 126, 130
- professionnelle, 108
- sexuelle, 32, 33, 58
- Imaginaire social, 23, 98

Inaptitude, 67, 72, 121
 Inconscient, V, 8, 14, 19, 24, 42, 59, 136
 – « amential », 90
 – enclavé, 90
 – refoulé, 90
 Ingéniosité, 17, 35, 42, 45, 53, 69
 Inhibition, 34, 67, 90, 91
 Injustice, 16, 46, 50, 56, 64, 65, 77, 124, 125, 127
 Inspecteur du travail, 131
 Intelligence, 17, 31, 35, 38, 39, 41, 48, 49, 53, 64, 69, 79, 126
 – émotionnelle, 42
 Intensification du travail, 14, 86
 Intuition, 38

J

Job strain, 10
 Jugement, 72, 101, 102
 – d'utilité, 49
 – de beauté, 49
Just-in-time, 13

K

Kan Ban
 – méthode du (–), 13
Karôshi, 87

L

Loi de modernisation sociale, 129

M

Masculinité, 33, 59
 Masochisme, 18, 82
 Médecin(e) du travail, 121, 128, 134
 Mélancolie, 70
 Métis, 39
Mobbing, 82
 Moi, 21, 29, 33, 51, 52, 70, 79, 90, 104
 Motivation, 15
 Multiérité, 60

N

Névrose, 8
 – actuelle, 89
 – de caractère, 98
 – des téléphonistes, 6, 93
 – du dimanche, 96
 – traumatique, 75, 76
 Normalité, 19, 32

– souffrante, 20
 Normopathie, 24

O

Obligation de sécurité, 114
 Organisation, 45, 47, 136
 – du travail, 12, 14, 16, 17, 20, 43, 44, 48, 49, 53, 60, 63, 69, 79, 83, 85, 88, 91, 93, 97, 99, 105, 116, 120, 124, 129, 130, 132, 135
 – prescrite, 45, 47, 136
 – scientifique, 12

P

Paranoïa, 52
 Passage à l'acte, 67, 78, 90, 102, 103
 Pathologies post-traumatiques, 75, 77
 Pensée, 21–23, 32, 39, 42, 54, 55, 59, 71–73, 75, 84, 90, 91, 100, 101
 – opératoire, 89, 97
 Performance, 42, 95, 97–99, 107, 123, 131, 133
 Perte d'objet, 58, 97
 Perversion, 18, 85
 Peur, 24, 38, 54, 56, 58, 69, 74, 76, 81, 99, 100
 – de l'accident, 15
 – de la maladie, 15
 Plaisir, 30, 38, 54, 82, 86, 99
 – au travail, 18
 – de pensée, 18
 – sexuel, 18
 Post-taylorisme, 12
 Précarisation, 16, 69
 Préconscient, 90, 104
 Prévention, 5, 132
 – des risques professionnels, 134
 Processus psychiques, V, 11, 15, 17, 21, 26, 38, 42, 52, 53, 72, 78, 90, 93
 Psychanalyse, 8, 11, 15, 19, 21, 22, 27, 29, 58, 78, 86
 Psychodynamique du travail, 135
 Psychologue du travail, 132
 Psychose, 5, 8
 Psychosociologie, 18, 29
 Psychosomatique, 11, 22, 29, 83, 88, 97
 Psychotraumatisme, 134
 Pulsion, 27–29, 38, 53, 79
 – d'emprise, 84
 – partielle, 84

- sexuelle, 84
- de mort, 79

R

- Rapports sociaux, VI, 4, 12, 31, 32, 57
- de domination, 137
- de sexe, 33, 56, 60
- de travail, 59, 63, 85
- Rationalisation, 23, 69, 98
- Rationalité, 46
- pathique, 47
- subjective, 21, 47
- Réadaptation, 72, 118
- Réalité, 17, 21, 51, 71, 89, 97, 118
- intrapsychique, 64
- sociale, 63
- Reconnaissance, 45, 49–51, 53, 54, 57, 70, 79, 93, 95, 103, 106, 127
- sociale, 108
- Réel, 17, 21, 25, 37, 42, 47, 49–51, 57, 60, 63, 69, 73, 79, 85, 101, 123, 126, 131
- Refoulement, 17, 90
- Règles
- de métier, 48
- de travail, 44, 45
- éthiques, 46
- langagières, 46
- sociales, 46
- techniques, 45, 124
- Relation d’objet, 27, 84
- Renoncement
- pulsionnel, 53
- Répression, 90
- pulsionnelle, 22, 32, 69, 97
- Responsabilité, 48, 80, 98, 99, 130, 136
- patronale, 113
- Ressources humaines, 131
- Rêves, 17, 29, 76
- Risques, V, 24, 25, 78, 99, 100, 113, 116, 121
- psychosociaux, V, 93, 114, 117, 129, 130

S

- Sadisme, 82
- Sagesse pratique, 53
- Sale boulot, 12, 86, 95
- Santé, V, V, 11, 20, 21, 65, 90, 91, 99, 116, 121, 129, 134
- mentale, V, 1, 3–5, 10, 19, 32, 53, 55, 60, 66, 68, 78, 104, 108, 113, 117, 120, 122,

- 126, 128, 130–132, 136
- physique, 1, 4, 113
- Sécurité, 129, 131
- Sens moral, 54, 56, 73, 124
- Servitude, 8, 66, 84, 107, 125
- Sexualité, 38, 78, 82, 86, 125
- infantile, 59, 60, 75, 89
- Sexuel, 18, 38, 75, 78
- Sinistrose, 76
- Société, 4, 54
- Sociologie
- clinique, 30
- des émotions, 40
- Sociopsychanalyse, 30
- Solitude, 51, 66, 69, 72, 85, 99, 103, 106, 108, 123
- Souffrance, V, VI, 10, 14–18, 20, 22, 24–26, 30, 32, 39, 49, 52, 56, 66, 77, 78, 81, 93, 94, 100, 102, 109, 114, 119, 120, 123, 127, 135, 136
- éthique, 46, 54, 124
- physique, 88
- psychique, V, 11, 88, 130
- Stratégies, VI
- collectives de défense, 24, 56, 77, 78, 100
- de défense, 21, 72, 137
- défensives, VI, 19, 21, 78, 81, 100, 106
- individuelles de défense, 21, 69
- Stress, V, 6, 11, 68, 77, 87, 99, 103, 105, 114, 133
- psychosocial, 10
- Subjectivation, 35, 37
- Subjectivité, 4, 8, 13, 16, 19, 29, 37, 38, 41, 60, 105, 108
- Sublimation, 28, 29, 32, 49, 52, 53, 79, 95, 108, 126
- Subversion, 33, 38
- Suicides, 68, 103, 114, 116, 130, 132, 137
- Surmoi, 29, 70
- Syndrome confusionnel, 101
- Système perception-conscience, 22, 97, 102

T

- Tâche, 14, 16, 18, 41, 47, 57, 65, 86, 91, 101, 123
- Taylorisme, 3, 12, 13
- Transfert, 136
- Transgression, 36

Traumatisme, 70, 75, 76, 89, 104
 Travail, 22, 23, 91
 – de service, 8, 16
 – de soin, 36, 79, 94
 – domestique, 31, 32, 66
 – émotionnel, 16, 93, 95
 – prescrit, 16, 41
 – psychothérapeutique, 126, 127
 – réel, 17
 – répétitif, 15
 – – sous contrainte, 91
 – – sous contrainte de temps, 22, 23
 – thérapeutique, 4

Travailler, 17, 64, 69, 124
 Troubles musculosquelettiques, 87

V

Violence, 16, 21, 32, 37, 48, 54, 75–81, 84, 86, 90, 105, 109, 114, 126, 134
 Virilité, 33, 60
 – sociale, 23, 56

W

Workaholisme, 96

Z

Zèle, 17, 31, 69, 79, 126

www.facebook.com/Psybook